

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Katedra Sociální pedagogiky

***Specifika sociální práce s matkami - uživatelkami
drog***

Specifics of social work with mothers using drugs

Bakalářská práce

Vypracovala: Radka Hladíková

Vedoucí práce:

PhDr. Hana Dvořáčková

Praha 2011

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především PhDr. Haně Dvořáčkové za odborné vedení a konzultace poskytnuté během zpracování zde předkládané bakalářské práce, dále Bc. Simoně Sedláčkové a dalším pracovníkům Centra pro rodinu Drop-in o.p.s. za konzultace a odbornou pomoc při výběru materiálu k praktické části, a též Mgr. Janě Putnové za příjemně strávenou hospitaci zaměřenou na sociální práci během stáže v TK Karlov.o.s. Sananim.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Specifika sociální práce s matkami-uživatelkami drog“ vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů, uvedených v oddílu bibliografie, a na základě konzultací s vedoucí práce PhDr. Hanou Dvořáčkovou a pracovníky příslušných zařízení.

V Praze, 29. června 2011

.....

Radka Hladíková

ANOTACE:

Smysl bakalářské práce spočívá v základní orientaci v českém i zahraničním systému péče o uživatele drog a dále v systému péče o matky a těhotné ženy užívající návykové látky. Ženy-uživatelky drog v tomto směru představují specifickou cílovou skupinu a z toho hlediska je třeba k nim také přistupovat. Jedním z důležitých článků bio-psycho-sociálního přístupu k této specifické klientele je sociální práce, jejíž specifika přirozeně souvisí s typem léčebného zařízení, jehož služby se dotyčná klientka rozhodla využít (dobrovolně či nedobrovolně).

Teoretická část bakalářské práce přibližuje několik léčebných zařízení v ČR i zahraničí (SRN), snaží se popsat roli sociálního pracovníka v tom kterém typu zařízení, nastínit postup jeho činnosti v jednotlivých fázích léčby a z hlediska sociální práce poukázat na nejdůležitější kroky. Teoretické informace pak rozšiřuje praktická část, jejíž hlavní smysl spočívá v poukázání na specifika sociální práce v konkrétním případě – na příkladu vybrané kazuistické studie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

systém péče, specifická cílová skupina, specifická klientela, ženy (matky a těhotné ženy) užívající drogy, sociální práce a její specifika

SUMMARY:

The purpose of this bachelor`s thesis lies in basic orientation on Czech and foreign care system for drug addicts and further for mothers and pregnant women using drugs. In this respect women using drugs represent specific target group, that according to should be treated. One of the most important parts of bio-psycho-social approach to specific clients is social work that particularity relates naturally to type of medical facility which services the client decided to use (voluntarily or involuntarily).

The theoretical part of the thesis gives us information on some medical facilities in Czech Republic and abroad (Germany), trying to describe the role of social worker in each individual facility, outline his procedure in various stages of treatment and point out the most important steps in terms of social work. Theoretical informations are extended by practical part which key task lies in pointing out the specificity of social work in an actual case – by way of example of selected casuistic study.

KEYWORDS:

care system, specific target group, specific clients, women (mother and pregnant women) using drugs, social work and its specificity

Obsah

Seznam zkratk.....	7
Úvod.....	8
1. Systém péče o uživatele drog.....	9
1.1 Protidrogová politika EU a ČR.....	9
1.2 Systém péče o uživatele drog v SRN	10
1.2.1 Průběh léčby u drogově ohrožených a závislých jedinců v SRN.....	13
1.2.2 Veřejný systém péče o drogami ohrožené a závislé rodiče, těhotné matky a jejich děti v SRN.....	14
1.3 Systém péče o uživatele drog v ČR.....	15
1.3.1 Stávající služby a zařízení pro uživatele drog v ČR.....	17
1.3.2 Nabídka a možnosti péče o matky-uživatelky drog v ČR.....	19
2. Sociální práce s uživateli drog.....	21
2.1 Vymezení sociální práce v oblasti drog	21
2.2 Role sociálního pracovníka v drogové oblasti	23
2.2.1 Sociální práce v nízkoprahových službách.....	24
2.2.2 Sociální práce v pobytových službách	27
2.2.3 Sociální práce v následné péči.....	29
3. Struktura a popis vybraných zařízení v SRN a ČR	30
3.1 Zařízení pro matky-uživatelky drog v SRN	30
<i>Karthause, Station 27, BKR Regensburg</i>	30
3.2 Zařízení pro matky-uživatelky drog v ČR	36
<i>Centrum pro rodinu Drop-in o.p.s. (CPR)</i>	36
3.2.1 Postup CPR vzhledem ke klientce v jednotlivých fázích léčby – sociální práce	39
<i>TK Karlov, o.s. Sananim (TKK)</i>	47
3.2.2 Sociální práce s klientkou – matkou uživatelkou drog - v TKK	53
4. Praktická část.....	56
4.1 Cíl šetření	56
4.2 Metody šetření.....	58
4.3 Cílová skupina - sledovaný soubor jedinců.....	58
4.4 Výsledky šetření – Závěr.....	59
Závěr.....	61
Seznam literatury.....	64
Seznam příloh.....	66

Seznam zkratek

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
AT	Ambulance alkoholových závislostí a toxikomanie; evtl. Arbeitstherapie (pracovní terapie)
BKR	Bezirksklinikum Regensburg
CMS	Centrum metadonové substituce Drop-in, o.p.s.
CNP	Centrum následné péče Drop-in, o.p.s.
CPR	Centrum pro rodinu Drop-in, o.p.s. (Centrum)
DC	Doléčovací centrum-Chráněné bydlení o.s. Sananim
DC KÚ	Dětské centrum - kojenecký ústav – FTN Krč Praha
DD	Dětský domov; evtl. diagnostický ústav
DST	Denní stacionář – sanatorium o.s. Sananim
EU	Evropská unie
FAS	Fetální alkoholový syndrom
FNM	Fakultní nemocnice Motol
FSJ	Freiwilliges soziales Jahr (Dobrovolný sociální rok); též pracovník/dobrovolník vykonávající tuto službu
FTN	Fakultní Thomayerova nemocnice
GPO	Gynekologicko-porodnické oddělení
HN	Dávky hmotné nouze
JA	Jugendtamt
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
KC	Kontaktní centrum
KJGD	Kinder- u. Jugendgesundheitsdienst
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJPD	Kinder- u. Jugendpsych. Dienst
KÚ	Kojenecký ústav
MHD	Městská hromadná doprava
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MŠ	Mateřská škola
MV	Ministerstvo vnitra ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NAS	Neonatální (novorozenecký) abstinenční syndrom
NL	Návykové látky
NRV/NRP	Náhradní rodinná výchova/péče
OPL	Omamné a psychotropní látky
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost
o. s.	Občanské sdružení
OSPOD	Odbor sociálně právní ochrany dětí (dříve OPD)
PL	Psychiatrická léčebna
PMS	Probační a mediační služba
PPM	Peněžitá pomoc v mateřství
RL	Rodný list
RT	Rodinná terapie
SA	Sozialamt
SP	Sociální práce
SRN	Spolková republika Německo
SSP	Státní sociální podpora
TK	Terapeutická komunita
TKK	Terapeutická komunita Karlov
ÚP	Úřad práce
VÚ	Výchovný ústav
ZSS	Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Úvod

Výše uvedené téma jsem si vybrala nejen pro jeho celkovou atraktivitu. Hlavním podnětem byla především vlastní zkušenost ze zahraničí, kdy jsem měla možnost poznat zařízení věnující se ženám – matkám s drogovou anamnézou, které v rámci protidrogové léčby bojovaly nejen samy se sebou, ale především za sebe a své dítě.

Těhotné ženy a matky užívající drogy představují specifickou cílovou skupinu v oblasti protidrogové péče v zahraničí i v ČR. Systém služeb v Čechách se v tomto směru rozrostl až od devadesátých let 20. století, a to v souvislosti s častějším výskytem dětí, které se narodily závislým matkám, tedy v souvislosti s mateřskou rolí klientek jednotlivých protidrogových zařízení (Preslová 2009, s. 11). Fakt, že se v případě matky-uživatelky drog již nejedná jen o klientku samu, nýbrž že do hry vstupuje nový prvek – její dítě, souvisí s potřebou multidisciplinárního přístupu v léčbě této specifické klientely. Protidrogová zařízení v tomto směru musí spolupracovat s dalšími odborníky, o jejichž služby se mohou protidrogoví pracovníci opřít. Jsou to odborníci ze zdravotnické sféry (gynekologie, hepatologie, psychiatrie), ze zařízení náhradní rodinné péče (NRP), jaké představují kojenecký ústav či dětské domovy (KÚ, DD), ze soudů, příslušných sociálních odborů (OSPOD), v souvislosti s předškolní a školní docházkou se také jedná o odborníky ze speciální pedagogiky a psychologie.

Teoretická část práce přináší informace o cílové skupině uživatelky drog na základě popisu jednotlivých systémů protidrogové péče v zahraničí (SRN) a ČR, do kterých jsou následně hierarchicky včleněny jednotlivé zahraniční i české instituce a organizace, specializující se již na vybranou cílovou skupinu uživatelky drog. Činnost některých takových zařízení (především v ČR) pak podrobněji vystihuje příslušná část, zabývající se sociální prací s klientkou v jednotlivých fázích léčby a rolí sociálního pracovníka ve vybraných zařízeních. Z tohoto hlediska se teoretická část opírá o informace získané jak z odborné literatury, tak prostřednictvím vlastních zkušeností.

Praktická část, plynule navazující na předchozí teoretický oddíl, si pak klade za cíl taková jednotlivá teoretická tvrzení posoudit, doložit či naopak zcela vyvrátit. Její hlavní smysl pak spočívá v přiblížení specifík sociální práce s cílovou skupinou uživatelky drog na konkrétním příkladu – prostřednictvím kazuistických studií, na nichž může být podrobně popsána jak role sociálního pracovníka a jeho činnost, tak celková

problematika matek-uživatelék drog, na kterou je třeba hledět z více úhlů, resp. ve smyslu bio-psycho-sociálního hlediska.

1. Systém péče o uživatele drog

1.1 Protidrogová politika EU a ČR

Péče o uživatele drog, jak uvádějí Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005, s. 212), je v západních zemích formována společensko-politickým diskursem, z něhož vychází protidrogová politika státu. Ta v západních zemích zahrnuje jak složku represivní (prohibicionistickou), tak liberální (pragmatickou). Protidrogová strategie EU na období 2005-2012¹ v první řadě respektuje základní zásady a práva EU a v tomto směru podporuje hodnoty, které EU ctí a na kterých je de facto založena: hodnoty k lidské důstojnosti, svobodu, demokracii, rovnost, solidaritu, právní stát a lidská práva. Účelem je ochrana a zlepšení blaha společnosti a jednotlivce, ochrana veřejného zdraví, poskytování vysoké úrovně bezpečnosti široké veřejnosti. Dále se jedná o vytvoření vyrovnaného a uceleného přístupu k drogové problematice.

Protidrogová strategie EU je založena na příslušných úmluvách OSN („Jednotná úmluva OSN o omamných látkách“ z roku 1961, pozměněná protokolem z roku 1972, „Úmluva o psychotropních látkách“ z roku 1971 a „Úmluva proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami“ z roku 1988), jež jsou hlavními právními nástroji řešícími drogovou problematiku. Na zvláštním zasedání valné hromady OSN byla v roce 1998 zdůrazněna nutnost uceleného a vyváženého přístupu, který by z principu snižování nabídky a snižování poptávky vytvořil vzájemně se posilující prvky protidrogové politiky.

Jádrem protidrogové politiky ČR je především represivní přístup, zaměřený na snižování dostupnosti drog (resp. na potlačování nabídky). V tomto sektoru je sociální práce vykonávána na bázi probační a mediační služby, vězeňské služby spadající pod MVČR. Preventivní složku protidrogové politiky ČR dále rozšiřuje preventivní a léčebný přístup, spadající do státního i nestátního sektoru.

¹ viz *Protidrogová strategie EU období 2005-2012*, Rada Evropské unie, Úřad Vlády ČR, Odbor pro koordinaci protidrogové politiky (staženo 10.6.2011 ve formátu pdf)

Východiska, cíle a principy protidrogové politiky ČR jsou formulovány v tzv. „Národní strategii protidrogové politiky“ (dále jako Strategie). V současné době je Strategie formována na osm let (2010-2018)² a definuje čtyři základní cíle: 1) snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi, 2) snížit míru problémového a intenzivního užívání drog, 3) snížit potencionální rizika spojená s užíváním drog pro jednotlivce i společnost, 4) snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi. Některé principy a zásady, které se v protidrogové politice ČR uplatňovaly od začátku 90. let 20. století, byly následně ukotveny v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. V ČR kontrolované omamné a psychotropní látky (dále jen OPL) a přípravky je obsahující jsou definovány v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. V Strategii 2010-2018 jsou pod pojem drogy zahrnuty OPL podle výše uvedeného zákona, látky běžně dostupné (organická rozpouštědla a další těkavé látky) a návykové látky naší společnosti vysoce tolerované a veřejně propagované (alkohol a tabák – tzv. legální drogy).

1.2 Systém péče o uživatele drog v SRN

Systém péče o uživatele drog představuje v Německu velmi propracovanou síť institucí, které se kromě cílové skupiny zaměřují i na příbuzné či známé jedince drogových uživatelů a jejichž celková nabídka zahrnuje služby od prvních nízkoprahových kontaktů přes poradenství až intenzivní léčbu prováděnou ve specializovaných lůžkových zařízeních a nabídku substituční léčby.

Nabídka léčebných služeb spadajících pod zdravotní či sociální sektor v Německu neprobíhá na národní úrovni, jak by to odpovídalo celkovému federativnímu uspořádání SRN. Služby jsou naopak prováděny na úrovni spolkových zemí či veřejného sektoru. Podle informací z německého národního reportu pro rok 2009

² viz <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=71880&tmplid=50> (staženo 15.6.2011 ve formátu htm)

(NR_2009_DE, s. 75)³ nemá pro pochopení léčebného systému smysl rozlišovat léčbu na tu bez drog a na tu využívající farmaka (substituce). Pfeiffer-Gerschel, autoři reportu, se také zabývají otázkou (kapitola 5.3, s. 75), zda poradenská zařízení, sehrávající důležitou roli v péči o drogově závislé, mají spadat spíše pod farmaky podporovanou léčbu či tu bez drog? Upozorňují, že je těžké na to odpovědět, hlavně když se jedná o substituční léčebné programy. Údajně totiž platí, že lékařská substituční léčba probíhá mimo poradenskou sféru. A i na druhou stranu, jak autoři zdůrazňují, není povinností poradenských center poskytujících terapii a psychosociální pomoc, využívat striktně jednoho z přístupů – tedy buďto farmaky podporované terapie či té bez drog (odvykací, směřující k abstinenci). Co se týče svépomocných organizací (svépomocných skupin), jichž je dle informací reportu ND_2009_DE celá řada, jedná se o souběžnou práci či spolupráci s profesionální pomocnou službou v oblasti závislosti.

Konkrétní typy organizací, věnujících se léčbě a péči o uživatele drog v SRN, jsou následující: odvykací kúra (detoxikace), která spadá z větší části pod činnost všeobecných nemocnic a která může být prováděna i na specializované klinice (psychiatrickém oddělení). Při detoxikaci je dočasně využíváno účinků farmak – metadonu a buprenorfinu – za účelem snížení negativních příznaků.

Ambulantní poradenská centra nabízejí kontakt, motivaci k léčbě a ambulantní péči. Zpravidla se jedná o vůbec první zařízení, jaké uživatelé drog kontaktují, pokud nebyli ošetřeni na úrovni primární péče, resp. u praktika. Tato zařízení jsou dotována obcemi a spolkovými zeměmi, ale i vlastními prostředky (charita, sponzoring, dary), které nebývají zanedbatelné. Poradenství je poskytováno většinou zdarma. Z ambulantní léčby je možný přechod na léčbu ústavní, pokud jsou průvodní příznaky příliš problematické a situace pro pacienta i jeho okolí příliš stresující a ohrožující. Tento krok je však spojen s celou řadou administrativních úkonů, především se jako první řeší, kdo v takové situaci převezme náklady na léčbu pacienta. Zpravidla bývá zdrojem ze zákona povinné důchodové pojištění, u nepracujících pacientů je situaci třeba řešit podle jiných předpisů.

³ viz Pfeiffer-Gerschel, T. a kol.: 2009 *National report (2008 data) to the EMCDDA. Germany* (National focal point, Munich, July 2010) (staženo 28. 3. 2010 ve formátu pdf)

Ústavní léčbu však nelze nařídít a provést vždy – zejména se jedná o situaci, kdy je ústavním pobytem ohrožena stávající pracovní činnost (zaměstnání) či když není zjevná adekvátní péče o děti ze strany závislé matky. Podle autorů národního reportu 2009 pro Německo představuje převod pacienta z ambulantní péče do ústavní léčby jistý typ filtru – a to z hlediska míry závislosti na užívané látce.

Resocializační program je součástí specializovaných klinik či terapeutických komunit. Při fázi integrace a doléčování jsou maximálně zohledňovány potřeby klienta/pacienta, a to co se týče bydlení, zaměstnání, reintegrace do společnosti. Pfeiffer-Gerschel shrnují (kapitola 5.3.1.), že všechny výše zmíněné nabídky léčby směřují ke stabilizaci v podobě trvalé abstinence a že v každém takovém typu zařízení pracují profesionálně vycvičení a vzdělaní pracovníci.

Substituční léčba je od roku 2001 podrobně upravena zákonem o omamných látkách a představuje jednu z hojně využívaných typů léčby i dodnes lékařsky uznávanou léčebnou formu. K substituci je využíváno látek: levomethadnon, metadon, buprenorfin, ve výjimečných případech může být užit kokain a DHC⁴. Podle informací ND-2009-DE řeší většina svou substituci přes své praktiky či ambulantní zařízení. Aby mohl lékař provádět substituční terapii, musí splnit požadavky v podobě kvalifikace v oboru závislosti. Pokud tomu tak není, může léčit maximálně tři pacienty, a to s pomocí rad (asistence) kvalifikovaného kolegy. V SRN již však dnes i některá lůžková zařízení přijímají pacienty na substituční terapii.

Ve svém příspěvku Pfeiffer-Gerschel dále informují (kapitola 5.3.1.), že nejlepší spolupráce a koordinace mezi nabídkami léčby je dosaženo na regionální úrovni. Report v kapitole pojednávající o dostupnosti a diverzifikaci léčby (5.3.2, s. 78-79) přináší informace o problematice dotování nabídky léčby spjaté s užíváním drog. Autoři uvádějí, že se celková situace s ohledem na nabídku pomoci v poslední době hodně změnila, s finančními problémy se potýká údajně nadále ambulantní forma pomoci, především jsou to obce, které mají problémy s rozpočty. Problém je také v tom, že ze zákona nemají obce povinnost finančně dotovat a podporovat ambulantní léčbu, čímž se nabídka na různých místech SRN rapidně snížila.

⁴ míněn je patrně lék DHC Continus – analgetikum na zmírnění středních až silných chronických bolestí (např. pooperačních a poúrazové bolesti, bolesti nervového původu aj.)

1.2.1 Průběh léčby u drogově ohrožených a závislých jedinců v SRN

Podle informací Planerta (2011) probíhá průběh léčby uživatele drog následovně: závislý na drogách většinou nejprve kontaktuje doktora či přímo psycho-sociální poradenské a léčebné zařízení. Po tomto kontaktu následuje odvykací léčba (detox) (Entzugsbehandlung/ Entgiftung) s následnou regenerační kúrou, která probíhá na detoxikační stanici či v nemocnici, a to po dobu dvou týdnů.

Ze stejného zdroje (Planert, 2011) pochází také následující informace, týkající se jednotlivých zařízení a jejich vzájemné propustnosti. Psychická odvykací léčba (Entwöhnungstherapie) se dle autorových slov koná zpravidla na specializované klinice pro drogově závislé či v rámci terapeutické komunity (dříve to bylo údajně na dobu 12-18 měsíců, dnes na dobu max. deset měsíců, které jsou financovány plátcem nákladů). Do ledna 2006 mohla být ze zákona ještě poskytnuta sedmiměsíční (částečně i delší) dlouhá odvykací léčba v rámci terapeutické komunity/terapeutického centra, což bylo zakotveno v německém systému důchodovém pojištění (do října 2005 LVA⁵, BfA⁶). Nyní je doba léčby stanovena max. na šest měsíců⁷.

Následně může být využito léčby v tzv. adaptační fázi v odpovídajícím zařízení tak, že celková doba léčby činí deset měsíců. Adaptační fáze navazuje na základní (kmenovou) fázi, která přesahuje možnosti terapeutické komunity a za hlavní cíl si klade opětné začlenění pacienta na pracovní trh a do společnosti (pracovní místo, praxe, vlastní byt apod.). Podle pokynů systému německého důchodového pojištění, které často nese náklady takové léčby, trvá adaptační fáze tři až čtyři měsíce⁸. Zdravotní pojišťovny v důsledku rozhodnutí nejvyššího soudu přebírají náklady na adaptační léčbu jen ve výjimečných případech. Opětné začlenění do společnosti a na pracovní trh probíhá postupně a je zpočátku doprovázené [službami jiných organizací], například mimo skupinu jako je dům na půl cesty apod. Nositeli takových zařízení jsou zpravidla neziskové organizace (registrované) či veřejné subjekty.

⁵ Státní pojišťovna

⁶ Spolková pojišťovna státních zaměstnanců

⁷ tento údaj odpovídá délce základní terapeutické fáze v zařízení Karthause, která je šestiměsíční a je pokryta financemi od pojišťoven (pozn. R.H.)

⁸ opět tento údaj odpovídá délce a způsobu financování pacienta, který se dostal do adaptační fáze probíhající v Karthause. V rámci tamní léčby je návazná fáze též tříměsíční (pozn. R.H.)

Následná péče (Nachbetreuung) se odehrává individuálně či ve skupině v ordinaci lékaře či v poradenském centru. Kromě toho existují i tzv. zařízení následné péče. Ty nabízejí, zejména pro dospívající a mladé dospělé, kteří v minulosti užívali drogy, dlouhodobou fázi integrace (škola/ práce, psychoterapie, otázky týkající se rodiny a rozvoj osobnosti, aj.), někdy trvající až dva roky a probíhající v rámci terapeutické komunity. Plátcem (nositelem nákladů) je v tomto případě příslušný úřad péče o mládež (Jugendamt), který na základě zákona o pomoci dětem a mladistvým „Kinder- und Jugendhilfegesetz“ (KJHG, § 34, 35a 41) financuje prostředky po omezenou dobu činnosti. Dalším plátcem jsou místní úřady sociální péče. V takto koncipovaném zařízení, zřízeném téměř v každém větším městě SRN, pracují na své integraci i dospělí jedinci, a to až po dobu dvou let. Zařízení následné péče je bezalkoholové a bezdrogové zařízení. Uzavírá institucionalizovanou léčbu a sleduje dlouhodobý abstinující životní styl. Spolupracuje s důležitou oblastí organizované svépomoci.

1.2.2 Veřejný systém péče o drogami ohrožené a závislé rodiče, těhotné matky a jejich děti v SRN

V Německu spadá nabídka služeb pro drogami ohroženou skupinu jedinců zpravidla pod veřejný sektor. Podle autorů Nagel-Siedentopf (2006) zahrnuje následující typy zařízení a institucí, rozdělených podle typu klienta a jeho potřeb.

Základními institucemi jsou: Jugendamt (JA), v překladu „Úřad pro mládež“, který se zaměřuje na děti, mladé lidi, jejich rodiny, různé úřady a všechny, kteří se zabývají dětmi a mladými lidmi (podle zákona KJHG). Dále je to Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), v překladu „Všeobecné sociální služby“, který může být i součástí JA, a jeho hlavní činnost spočívá v poradenství v oblasti výchovy, vztahu, rozchodu a rozvodu, pomoci dětem, mladistvým a mladým dospělým v konfliktních situacích, v poskytnutí ochrany dětem a mladistvým před zneužíváním a zanedbáváním, dle potřeby v pomoci při výchově podle zákona o ochraně dětí a mladistvých. Sozialamt (SA) představuje úřad poskytující pomoc v sociální oblasti podle zákona o sociálních službách, Kinder- u. Jugendgesundheitsdienst (KJGD) funguje jako oddělení zdravotnických úřadů či středisek, a Kinder- u. Jugendpsych. Dienst (KJPD) nabízí pomoc dětem, mladistvým a jejich rodinám, které se ocitly v akutní životní krizi.

Přímo pro těhotné, jejichž děti jsou ohroženy abúzem drog ze strany matky, se v tomto směru věnují instituce JA, ASD a SA. Dotyčným nabízejí poradenství při komplikacích v těhotenství, pomoc ze strany gynekoložky, porodní asistentky a jiných lékařů, zprostředkovávají pobyt v odvykacích stanicích, v zařízeních poskytujících předporodní přípravu, léčbu substitucí, pobyt v porodnici, v terapeutických a krizových zařízeních.

Dětem a rodičům se věnují Kinder- u. Jugendgesundheitsdienst a Kinder- u. Jugendpsych. Dienst. Služby pro děti ze strany těchto institucí zahrnují: poradenství v oblasti výchovy a rodiny, vyšetření pediatrie, pobyt v mateřských školkách a školách, psychoterapii, péči ze strany chůvy a ošetřovatelů, pedagogicko-sociální pomoc rodiny, sociální práci ve skupině, která spolu s komunitní a případovou prací patří mezi základní metody sociální práce. Rodičům je určeno také poradenství v oblasti výchovy, rodiny a navíc při speciálních rodinných problémech, vyšetření odbornými doktory, pobyt na odvykacích stanicích, terapeutických a krizových zařízeních, léčbu substitucí, projekty bydlení, pedagogicko-sociální pomoc rodiny, poradenství v oblasti AIDS a drog, svépomoc (podpora).

1.3 Systém péče o uživatele drog v ČR

Nástin historického vývoje specializované péče o uživatele drog v ČR podává v kostce Bém (2003, s. 154). Před rokem 1989 péči o uživatele alkoholových a jiných drog zajišťovaly především tzv. AT ambulance (poradny pro alkoholové závislosti a toxikomanie), spadající pod zdravotnický sektor. Modelem těchto zdravotnických ambulaní pro lidi se závislostmi se stala záchytná stanice – specializované zdravotnické zařízení při VFN u Apolináře založené v roce 1948 alkoholologem Jaroslavem Skálou, autorem prvního strukturovaného programu protialkoholové léčby. Tato ambulance se postupně vyprofilovala do podoby střednědobé ústavní péče, fungující na bázi terapeutické komunity (TK), a časem podle ní začaly při psychiatrických léčebnách v ČR vznikat další taková zdravotnická zařízení. Po roce 1989 však byly postupně rušeny. „Počet tzv. AT ordinací (...) po roce 1989 výrazně klesl, nicméně v některých městech stále fungují. Někde je poskytována psychoterapie, jinak poradenství a farmakoterapie.“ (Matoušek, 2007, s. 102)

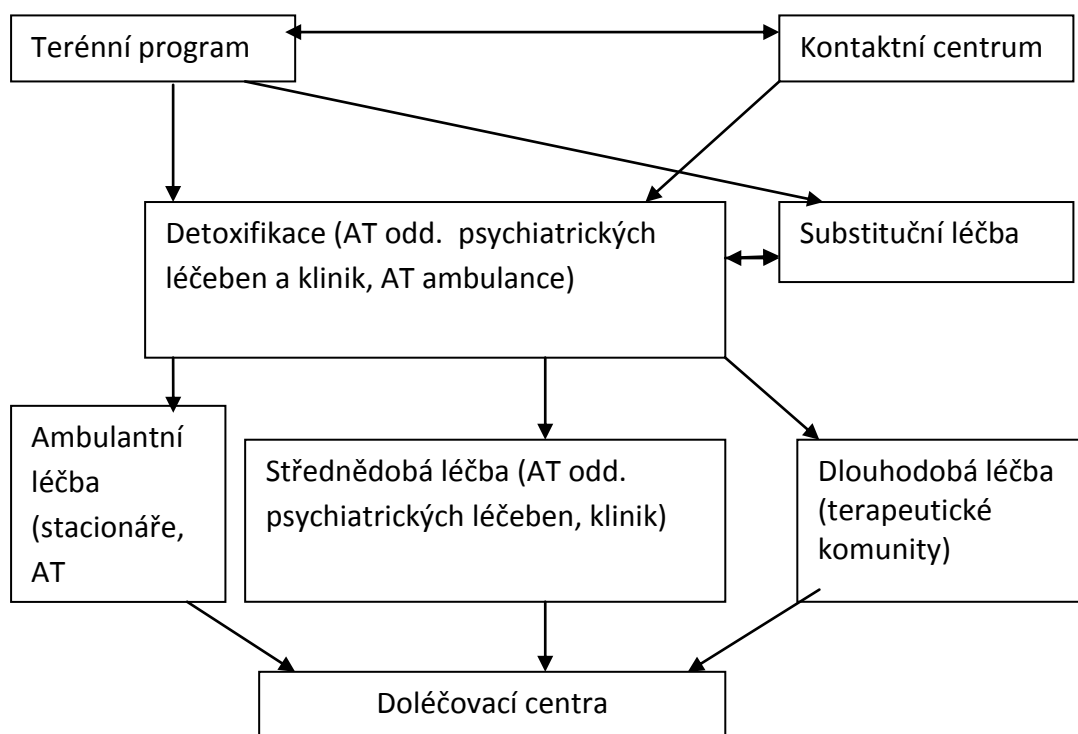
Rapidní vzrůst zájmu o nealkoholové drogy, spojený především s érou 60. let, si postupně vyžádal vznik dalších zařízení, která by se specializovala již jen na nealkoholové drogy. Takové ambulantní středisko vyhraněné pouze pro nealkoholové závislosti (Středisko drogových závislostí) vzniklo v roce 1971 při ambulanci U Apolináře. Teprve od 90. let se problematice nealkoholových drog začal věnovat také nestátní a neziskový sektor, který do té doby, jak konstatuje Bém (s. 154), téměř neexistoval. Výhoda spočívala v tom, že na rozdíl od zdravotnických zařízení neziskové organizace nezohledňovaly pouze aspekt zdravotnický, ale i sociální. Prvními takovými organizacemi v této oblasti bylo občanské sdružení Sananim (vznik 1990) a Nadace Drop-in (vznik 1991), která se v roce 1999 změnila na Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop-in, o.p.s.

Devadesátá léta 20. století v tomto směru charakterizuje postupný rozvoj a rozšiřování systému péče o uživatele drog a zavádění nových léčebných metod uplatňovaných v zahraničí. Z nových forem péče přibyla nízkoprahová zařízení, první terénní programy, programy na snižování škod (založené na tzv. „harm reduction“ principu⁹, doléčovací programy, které stály na kognitivně-behaviorální terapii (KBT). *„Druhá polovina devadesátých let pak byla ve znamení postupné profilace jednotlivých státních i nestátních organizací zabývajících se léčebnou péčí i profilací celé sítě léčebné péče. Včetně jejich dalšího rozšiřování a především pak klinickou aplikací moderních poznatků v oblasti neurobiologického výzkumu, doplňující farmakoterapeutické postupy metadonové substituce u závislých na opiátech a disulfiramové léčby u závislých na alkoholu.“* (Bém, s. 154)

Současný systém péče o uživatele drog v ČR zjednodušeně znázorňuje následující schéma¹⁰:

⁹ princip „harm reduction“ spočívá jak v ochraně zdraví uživatele, tak i celé společnosti; důraz je kladen na racionální snižování rizik, která plynou z užívání drog; jednou z priorit je prevence pandemie HIV mezi nitrožilními uživateli drog (viz http://cs.wikipedia.org/wiki/Drop_In)

¹⁰ viz www.psychiatriepropraxi.cz, časopis *Psychiatrie pro praxi*, 2010; 11 (1) (staženo dne 27.2.2011 ve formátu pdf)



1.3.1 Stávající služby a zařízení pro uživatele drog v ČR

Stávající systém protidrogové péče v ČR stručně popisují Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005, s. 215-216). Jednotlivé typy služeb a zařízení jsou členěny a odstupňovány do několika úrovní ¹¹, a to z hlediska míry klientovy motivace ke změně svého postoje k drogám. První úroveň tvoří nízkoprahová zařízení a spadá sem činnost kontaktních center (KC), např. K-centrum, Nízkoprahové základní středisko Drop-in, Kontaktní centrum Sananim, a činnost terénních programů (streetwork) zaměřených na uživatele, které jsou ke změně málo motivováni. V tomto smyslu se jedná o již výše zmíněné programy snižování rizik (tzv. harm reduction), které spočívají nejen v ochraně zdraví uživatele, ale i celé společnosti. Tímto způsobem nízkoprahové programy nabízejí anonymní koktat, informace, základní ošetření, screeningové testování či výměnu injekčního náčiní, předléčebné poradenství, v případě kontaktních center i potravinový a hygienický servis.

Následující stupeň tvoří ambulantní forma péče, např. AT/Toxi ambulance, denní stacionáře (DST) (např. DST Sananim), poradny pro závislé, ambulantní programy, substituční centra (Centrum metadonové substituce Drop-in, CADAS – o.s.Sananim, Oddělení pro léčbu závislosti VFN). Tato úroveň zahrnuje jak státní

¹¹ srovnej schéma výše

zdravotnická zařízení s určeným lékařem, tak nestátní nezdravotnická zařízení, kdy má spolupráce s lékařem externí ráz a tím je jaksí ztížená. Oproti nízkoprahové formě klade ambulantní léčba na klienta/pacienta již vyšší nároky - je vypracováván individuální plán léčby (jeho plnění je s dotyčným pravidelně revidováno), léčba se opírá o rodinnou či párovou terapii (jsou zapojováni i ostatní členové rodiny či partnerského vztahu). V případě DST se jedná o intenzivní ambulantní léčbu, která je uživateli poskytována ve formě celodenního programu (v rozsahu 2-3 měsíců). Charakteristický je denní návrat klienta do svého přirozeného prostředí. Léčba využívá individuální, skupinovou i rodinnou terapii.

Jistý mezičlánek mezi oběma předešlými formami péče představuje detox (detoxikace) jako specificky krátkodobý typ ústavní služby. Lze ho provést v rámci ústavních zařízení (ústavní detoxikace), oddělení pro léčbu závislostí při PL a léčebnách (PL Bohnice, Dětský detox Nemocnice pod Petřínem). Péče v detoxikačních jednotkách klade důraz na: minimalizaci projevů odvykacích symptomů, zbavení organismu uživatele návykových látek (i s podporou medikace!). Délka detoxikace obvykle trvá pět až deset dní, ale i déle (podle potřeby). Detoxikace je zpravidla podmínkou pro vstup do další formy léčby (do dalšího typu zařízení), sama o sobě nenahrazuje léčbu závislosti.

Třetí úroveň péče tvoří léčba dlouhodobá – rezidenční. Patří sem ústavní typ léčby probíhající v rámci psychiatrických léčeben (PL), kde je poskytován pobyt krátkodobého rázu (v rozmezí 3-6 měsíců) a kde se léčba opírá o individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Léčebný pobyt v terapeutických komunitách (TK) klade na klienta již značně vysoké nároky: léčba je střednědobá až dlouhodobá (6-18 měsíců), terapeutický proces má velmi intenzivní charakter, je vyžadováno respektování kardinálních pravidel¹² a přijetí komunitního způsobu života. Terapie se opírá o individuální poradenství, jádrem je skupina, dále se využívá princip rodinné a pracovní terapie. TK je vhodná pro osoby s dlouhodobější drogovou kariérou. V ČR jsou to např. TK Němčice o.s.Sananim, TK Karlov o.s.Sananim, TK Magdaléna o.p.s. Terapeutické komunity obvykle nemají statut zdravotnických zařízení, mívají spolupracujícího lékaře, který do komunity dojíždí.

¹² např. pravidlo abstinence (zdržení se drog a alkoholu), pravidlo zákazu hrubé agrese (jak slovní, tak fyzické), pravidlo zákazu navazování příliš intimních vztahů

Symbolický vrchol systému péče o uživatele drog v ČR představují doléčovací programy, poskytující mnohdy také chráněné bydlení a chráněná pracovní místa. Patří sem doléčovací centra (např. DC Sananim a chráněné bydlení, Ovčí hájek, Praha 13; DC o.s. Magdaléna, Praha-Podolí; CHRPA intenzivní následná péče s chráněným bydlením, Mníšek pod Brdy, o.p.s. Magdaléna) a centra následné péče (CNP Drop-in, Praha 5), která se specializují na prevenci relapsu užívání drog. V tomto směru je účast klienta v programu (6-12 měsíců) podmíněna plnou abstinencí, úspěšným absolvováním odvykací léčby či dlouhodobou abstinencí bez léčby. Služby poskytované doléčovacími centry a centry následné péče zahrnují: poradenství, individuální, skupinovou, rodinou a párovou terapii, pomoc při hledání bydlení a vhodného pracovního místa. Hlavním smyslem doléčování je pomoc a podpora klient

a po léčbě s důrazem na reintegraci do běžného života. Stejně, jako je tomu u TK, má i v DC spolupráce s lékařem spíše externí ráz.

Specifickou formu péče představují substituční programy, které jsou určeny uživatelům opiátových drog. Droga je nahrazována (substituována) pravidelným podáváním legální náhražky (metadon, subutex, suboxon), a to ve specializovaných centrech či prostřednictvím odborných lékařů (v případě suboxonu jen praktikem).

Zvláštním typem poradenských služeb je pak právní poradna určená pro uživatele drog, kteří se dostali do sporu se zákonem či pro uživatele, kteří řeší jiné právní věci. Právní poradna případně řeší zastupování klienta v právních sporech, či nabízí služby zaměstnancům zařízení pro uživatele drog v podobě poradenského centra.

1.3.2 Nabídka a možnosti péče o matky-uživatelky drog v ČR

Možnosti péče o těhotné uživatelky drog či matky s drogovou anamnézou mající dítě v péči se rapidně rozšířily až po roce 1989, kdy došlo k celkovému rozkvětu sociálních služeb, které již nespádaly pouze pod státní sektor. Podle Sedláčkové (2008b, s. 299) bylo do roku 1989 těhotenství ženy užívající drogy posuzováno negativně, dotyčné se proto (ze strany doktora i rodiny) nejčastěji doporučovala interrupce či, pokud to již nebylo možné (z důvodu vyššího stádia těhotenství), následné odebrání dítěte do náhradní rodinné péče (rodiče, příbuzní) či umístění do ústavní výchovy.

Současný systém sociálních služeb se v takovém případě již zaměřuje na samotnou příčinu problému, nikoliv jen na důsledek viditelný zvenku.

Stejně jako tomu bylo u členění služeb určených pro konzumenty drog (viz podkapitola 1.3.1), lze postupovat i při dělení péče poskytované specifické cílové skupině, resp. matkám-uživatelkám drog. Jako nejnižší stupeň lze považovat nízkoprahový kontakt (kontaktní a nízkoprahová centra, terénní programy), kdy je pro cílovou klientelu určen konkrétní pracovník, podle Sedláčkové (Systém péče o ženy užívající návykové látky v ČR, s. 13) nejlépe znalý v oboru adiktologie. Odpovídající terénní pracovník šetří v místě výskytu cílové skupiny (viz streetwork), provádí depistáž a může šetřit i v bytech gravidních uživatelék drog za účelem vysledování sociálních podmínek pro klientku a její dítě (terénní práce v bytech). Na principu harm reduction je cílovým ženám poskytováno poradenství, podání nejdůležitějších informací týkajících se rizikového těhotenství, umožnění kontaktu na další důležitá zařízení (GPO, psychiatrické kliniky, centra poskytující substituční léčbu apod.), jsou jim poskytnuty v případě zájmu gravitesty, vitamíny, výměny náčiní určeného k aplikaci apod. Cílem je zůstat s klientkou v kontaktu a umožnit ji v případě zájmu opětný přístup do centra, tedy nechat jí otevřené dveře. Patří sem např. Kontaktní centrum o.s. Sananim, Nízkoprahové středisko Drop.in, s.r.o. či „no biohazard“ o.s. Progressive.

Pokud má klientka zájem o spolupráci, je s ní navázán kontakt a chce se léčit, je následně odesílána na detoxikační oddělení v rámci nemocnic¹³ (např. Detoxikační oddělení VFN, Infekční centrum pro drogové závislosti FN Motol) a PL (PL Bohnice) či, pokud to zdravotní důvody (z důvodu časného či naopak vysokého stádia těhotenství) nedovolují a klientka je uživatelkou opiátů, lze nařídít substituci¹⁴. Ambulantní formu léčby pro těhotné ženy a matky mající dítě v péči a užívající drogy nabízí Centrum pro rodinu Drop-in, o.p.s.¹⁵. Dále v tomto směru důležité místo zaujímá DST o.s. Sananim, se sídlem v Praze, které téměř denně (8-16/17h) poskytuje následující služby: individuální poradenství a terapii (1-2krát týdně), tříměsíční intenzivní léčbu probíhající stacionární formou, rodinnou a párovou terapii, motivační skupinu (2krát týdně), a dále funguje jako zprostředkovatel léčby v TKK o.s. Sananim.

¹³ u těhotné uživatelky se detoxifikace doporučuje pouze v období mezi čtvrtým až šestým měsícem gravidity a pod dohledem odborníků

¹⁴ medikaci subutexem lze nasadit u denní dávky do 1,5 g heroinu, což se rovná 60 mg metadonu

¹⁵ blíže kapitola 3

Z dalších zařízení stojících na pomezí mezi ambulantní a rezidenční formou péče o uživatelské drogy je třeba zmínit Dětské centrum (DC KÚ), bývalý kojenecký ústav při FTN v Praze Krči, které je určeno dětem z ohroženého prostředí (drogy, nikotinismus, FAS¹⁶, NAS¹⁷, NRP), dětem s postižením, kojícím matkám, těhotným ženám, které se ocitly v krizové situaci a matkám-uživatelským drogy. Z hlediska dětí a matek poskytuje DC KÚ komplexní péči a podpůrnou rodinnou terapii. Matkám umožňuje denně navštěvovat dítě přímo ve stacionáři, případně i dlouhodobější pobyt matky s dítětem za účelem záchvatu a osvojení rodičovských kompetencí. Rezidenční typ léčby nabízejí pak ústavní zařízení či léčby na principu terapeutické komunity, jakou v tomto směru v ČR zastupuje TK Karlov o.s. Sananim¹⁸.

2. Sociální práce s uživateli drog

2.1 Vymezení sociální práce v oblasti drog

Práce s uživateli drog, jak konstatují Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005, s. 211), má interdisciplinární ráz. Pro správný postup léčby, intervence je zapotřebí spolupráce mnoha odborníků s kvalifikací v nejrozličnějších pomáhajících profesích, jakými jsou: sociální pracovníci, psychologové, psychiatři, speciální pedagogové, terapeuti apod. Práce v týmu vyžaduje značnou flexibilitu a koordinovanost. Při vykonávání sociální práce musí adekvátní pracovník neustále kooperovat s dalšími členy týmu a mnoha institucemi, spadajícími do státní či veřejné správy, které se problematikou závislostí zabývají (např. policie, soudy, vězeňská služba, rozsáhlá síť léčebných zařízení, probační a mediační služba, sociální kurátoři aj.).

Je mnoho možností, jak sociální práci s uživateli drog diferencovat. Lze ji dělit podle: 1) typu zařízení, ve kterém je sociální služba v této oblasti poskytována, 2) toho, zda je sociální služba vykonávána ve státním či nestátním sektoru, 3) toho, zda služba spadá pod sociální (MPSV) či spíše zdravotní sektor (MZ), podle délky programu apod.

¹⁶ FAS – fetální alkoholový syndrom: vrozené poškození dítěte způsobené konzumací alkoholu matkou v průběhu těhotenství

¹⁷ NAS – novorozenecký abstinencií syndrom: zpravidla se dostavuje do 24 až 48 hodin po porodu při užívání opiátů během těhotenství, do dvou až čtyř týdnů po porodu při substituci metadonem během gravidity

¹⁸ blíže kapitola 3

Z hlediska historického vývoje a jednotlivých přístupů sociální práce lze hovořit o několika paradigmatech, která se během 20. století postupně vyprofilovala. Navrátil (2003) informuje o třech základních. Jako první uvádí sociální práci fungující na bázi terapeutického vztahu, která vychází z humanistické psychologie Carla R. Rogerse. Sociální pracovník by při takové formě sociální práce neměl zaujímat direktivní, hodnotící postoj, spíše by měl využívat techniky aktivního naslouchání a snažit se o autentické přátelství.

Druhým typem je „sociální práce jako reforma společenského prostředí“. (Navrátil, s. 71). *„Hlavním terčem intervence je vždy sociální prostředí, o němž se předpokládá, že nepřiměřeností svých požadavků narušuje sociální fungování a vyvolává problémy klientů. Sociální pracovník má prostřednictvím tvorby nebo inovace sociálních struktur napomoci dosažení žádoucího vztahu prostředí ke klientům.“* (Navrátil, s. 72) Třetím typem sociální práce je „sociální práce jako sociálně-právní pomoc“, která – jak konstatuje Navrátil (s. 72) - stojí na konceptu, *„že sociální fungování je především podmíněno schopností zvládat problémy a přístupem k odpovídajícím informacím.“* (tamtéž, s. 72) Sociální práce s klientem se v tomto směru zaměřuje jak na individuální práci (individuální potřeby a schopnosti), tak obecně na zlepšení samotného systému sociálních institucí. Sociální pracovník potom vystupuje jako pomocná ruka v rozhodování samotného klienta, jaké úkoly chce on sám plnit (je to jeho čistě dobrovolné rozhodnutí).

Podle Navrátila (2003, s. 73) je v současnosti při sociální práci s konzumenty drog hojně využívaný přístup orientovaný na úkoly, který spočívá v šesti krocích: 1) přípravě (ověřování oprávněnosti intervence sociálního pracovníka), 2) exploraci problému (vyjasňování klientových zájmů, jejich vymezení a popis, čeho je třeba dosáhnout a jejich seřazení podle důležitosti), 3) dohodě o cílech (zde je nutná shoda sociálního pracovníka s klientem na směru změny), 4) formulaci úkolů, 5) plnění úkolů (vyjasnění frekvence setkávání, délka dohody, spolupráce a podmínky dohody – o tom se zpravidla sepisuje psanou smlouvou), 6) terminaci (ukončování): v průběhu terminace se sleduje plnění podmínek trvání spolupráce a zjišťuje se míra úspěšnosti úsilí sociálního pracovníka, klienta a dalších pomáhajících pracovníků.

2.2 Role sociálního pracovníka v drogové oblasti

Při výběru terapie a vhodného zařízení pro klienta by podle autorů Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005, s. 214) neměl sociální pracovník hledět pouze na stupeň závislosti na droze, ale zvážit i další okolnosti. S odkazem na patřičné zdrojové informace (Kalina, 2002)¹⁹ autoři zdůrazňují, že jsou to především následující kritéria: 1) zdravotní stav, popř. somatické komplikace závislosti, 2) doprovodné psychologické a psychopatologické problémy, 3) stupeň klientovy motivace a potřeba podpory, 4) intenzita příznaků závislosti – možnost relapsu, výskyt abstinčních příznaků, schopnost je zvládat, 5) nejbližší vztahy (partner, rodina), 6) sociální prostředí klienta (vztahy k přátelům, ke skupinám, ve kterých se klient pohybuje) a dále se bere ohled na zaměstnání či vzdělávací dráhu klienta.

Primární cílovou skupinu, která sociální služby využívá, zpravidla tvoří uživatelé spadající do třetí až páté kategorie uživatelů drog²⁰, tedy tzv. „*klienti, kteří užívají drogy škodlivě, problémové uživatele drog a uživatele, kteří jsou na drogách závislí*“ (2005, s. 212), neboť jsou to právě ti, kteří se na rozdíl od experimentálních a příležitostných uživatelů již rozhodnou kontaktovat odborníky. Sekundární cílovou skupinu pak v této problematice tvoří rodina, příbuzní, popř. známí. Autoři dále zdůrazňují, že základem veškeré činnosti sociálního pracovníka by měl být vždy tzv. motivační rozhovor (motivační trénink), tedy cílený rozhovor zaměřený na vyvolání změny v závislém chování. Je však třeba umět rozeznat a správně diagnostikovat fázi změny, ve které se klient aktuálně nachází. Jak probíhá sociální práce v jednotlivých typech služeb? Výše citovaná studie autorů Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005, s. 217-223) přináší podrobné informace týkající se charakteru sociální práce v jednotlivých výše popsanych formách péče o uživatele drog v ČR. V pořadí první jsou to nízkoprahové služby, zahrnující terénní práci a poradenské služby.

¹⁹ Kalina, K. (2002): Léčba drogově závislých, v: Nováková, D. a kol.: *Drogy ze všech stran II*. Institut Filia Praha

²⁰ viz rozlišení na pět kategorií podle Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005, s. 212): 1) experimentální užívání, 2) příležitostné užívání, 3) pravidelné (škodlivé) užívání, 4) problémové užívání drog, 5) závislost na droze

2.2.1 Sociální práce v nízkoprahových službách

Terénní práce (streetwork)

Při terénní práci (streetwork) je cílová skupina kontaktována přímo v jejím přirozeném prostředí, jakým bývá otevřená drogová scéna (nádraží, herny, kluby, ulice, náměstí, dále i prostředí škol, azylových domů, věznic) či scéna uzavřená (neobydlené domy, staveniště). Pro sociálního pracovníka to znamená nutnost čelit mnoha rizikům, včetně rizika odmítnutí.

Navázání kontaktu představuje v tomto směru jedno z nejzákladnějších a nejobtížnějších bodů sociální práce v terénu vůbec. Sociální pracovník (streetworker) je uživateli vnímán jako vetřelec, který svou přítomností narušuje jejich teritorium, a takto se paralelně odvíjí i jejich vztah k němu. Pracovník riskuje odmítnutí či napadení z jejich strany. Autoři (viz výše) zdůrazňují, že základem pro úspěšné zapadnutí pracovníka do skupiny je dobrá příprava a to ve smyslu informovanosti o hierarchii jednotlivých uživatelů ve skupině a především jejich nejvlivnějších členech.

Kromě dobré informovanosti je však nutná ani ne tak samotná kvalifikace pracovníka, jako spíš jeho komunikační schopnosti, které navázání a udržení kontaktu napomáhají. Působením na sociometrické hvězdy lze dle autorů údajně snadněji dosáhnout kýženého cíle, tedy toho, „aby členové soudržnější skupiny pracovníka akceptovali.“ (2005, s. 218) Kromě toho „pracovník může sít kontaktů postupně rozšiřovat metodou sněhové koule (jeden klient ho odkáže na dalšího).“ (tamtéž, s. 218) Výhodou je, pokud má sám sociální pracovník z minulosti zkušenosti s drogami, ví o nich své a coby ex-user je schopen o nich plnohodnotně vypovídat. Motivací pro uživatele potom je, že i přesto všechno se z případné závislosti pracovník dostal a funguje. To podporuje jeho důvěru, která je pro streetwork velmi nezbytná.

Dále musí mít streetworker stále na paměti, že klient je pro něj plnohodnotnou osobou a kdykoliv může z jeho strany nabízené služby odmítnout. Z hlediska rizik a náročnosti spojených s výkonem tohoto typu sociální práce je důležitá: 1) kvalitní supervize, 2) dobrá organizace a plánování času a stanovení jeho míry pro navazování kontaktu s novými klienty, se známými či administrativě, 3) koordinace s dalšími zainteresovanými organizacemi (policie, místní lékárny).

Terénní práce je zaměřena na preventivní cíle a strategii snižování rizik (tzv. harm reduction). Sociální pracovník poskytuje: 1) informace přímo klientům a to takové, které souvisejí s riziky aplikování drog a s možnostmi, jak taková rizika slovně či formou letáků omezit, dále poskytuje 2) materiál – sterilní stříkačky a jehly či další zdravotnický materiál (výměna starého za nový materiál, sbírání a likvidace použitého materiálu), 3) pracovník také zprostředkovává vyšetření ve zdravotnickém zařízení, kde je klient testován na přenosné nemoci spojené s abúzem drog (hepatitida B, C; HIV; pohlavní nemoci), dále pracovník 4) umožňuje léčbu těchto nemocí a 5) poskytuje informace o možnostech léčby závislostí a posilování případné klientovy motivace k absolvování takové léčby.

Předléčebné poradenství a práce s klientovou motivací

Podle autorů Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005, s. 219) představuje předléčebné poradenství takové poradenství, které je dotyčnému poskytováno před nástupem do intenzivní léčby v zařízeních jako je DST, specializovaná léčebna či TK, a to jako součást programu nabízeného v kontaktním centru či jako prvek služeb poskytovaných v terénu. Hlavním smyslem této formy služeb je rozvíjet a podporovat klientovu motivaci k léčbě.

Jaké kompetence by měl mít sociální pracovník poskytující předléčebné poradenství? Výše uvedená trojice autorů uvádí, že je důležité, aby pracovník znal a uměl odhadnout optimální míru pomoci, kterou je klientovi schopen nabídnout či poskytnout (v tomto smyslu je slovem „optimální“ myšleno to, co klient v určité fázi vývoje vlastního postoje ke své závislosti potřebuje, nikoliv to, co si pracovník myslí, že by potřeboval). Při poradenství je nutné, aby pracovník dokázal čelit rizikům, jakými jsou velká či naopak malá angažovanost v tom kterém případě. Tedy nevolit, nepraktikovat ani příliš direktivní přístup z toho důvodu, aby se klient tzv. „neblokl“ a neztratil důvěru v terapeuta, ani za něj nepřebírat zodpovědnost. Autoři (2005, s. 219) upozorňují, že rozhodujícím faktorem pro to, aby klient přijal dlouhodobou intenzivní léčbu, je jeho vlastní balance zisků a ztrát spojených s užíváním návykové látky.

Práce a léčba v předléčebném poradenství je zpravidla rozdělena do jednotlivých fází. Při práci s klientem nacházejícím se na začátku léčby - v tzv. „nulté fázi“ (resp. fázi závislosti) - je dobré mít stále na paměti, že klient ještě zpravidla nepociťuje žádné

ztráty spojené s užíváním drog, ba naopak vnímá spíše zisky, které nad ztrátami mnohdy převládají. Z toho důvodu není ani v silách toho nejúspěšnějšího pracovníka-terapeuta na světě, aby v této fázi dokázal klientův postoj radikálně změnit. Pracovník proto musí umět vyčkat na vhodnou etapu vývoje klientovy závislosti a udržovat s ním stálý kontakt.

V další fázi (první fázi) se již lze opřít o principy motivačního poradenství. Do této fáze klient vstupuje, pokud je již dostatečně motivován k léčbě a spolupráci, resp. *„klient si začne uvědomovat, že mu užívání drogy přináší problémy“* (2005, s. 219). Autoři uvádějí, že je taková chvíle vhodná k zesilování rozporu mezi tím, jak klient svou závislost vnímá, a též jak vnímá jiné hodnoty, popř. cíle, v jejichž dosažení mu droga brání. Základem všeho není zastrašování a hrozby, ale podpora klientovy sebedůvěry: *„je žádoucí vyhábat se všem druhům intervence, které by sebedůvěru mohly snižovat“* (tamtéž, s. 219). Dále by měl pracovník využívat empatické citění a stavět na veškerých komunikačních technikách využívaných v terapii: aktivní naslouchání (zrcadlení), shrnování a parafrázování, potvrzování a využívání otevřených otázek. Klient by měl být též maximálně seznámen s tím, co daná léčba zahrnuje a obnáší.

Následující fáze (druhá fáze) je charakterizována jako „stádium odhodlání“ či „stadium připravenosti“. Klient již v této fázi spíše vnímá ztráty než zisky spojené s užíváním, jakoby vystřízliví, *„...je znepokojen následky abúzu a hledá způsob, jak dostat užívání drogy pod kontrolu.“* (2005, s. 220) Pracovník by měl klienta podporovat v řešení druhotných problémů, kterým klient čelí (např. týkajících se vztahu, zdraví, práce), a zároveň mu neustále zprostředkovávat informace týkající se dostupného a úspěšného způsobu léčby. Dále se souhlasem klienta může kontaktovat klientovu rodinu, jednotlivé rodinné příslušníky, aby se mohli případně lépe zorientovat ve změnách, které má klient v plánu. K tomu, aby další možnosti léčby (intenzivní) klientovi neevokovaly „zavření do blázince“ či „zavření do kriminálu“, je dobré podávat co nejpřesnější a nejnázornější informace. V tomto smyslu pomáhá, pokud je klient kontaktován s někým, kdo má již formu intenzivní léčby úspěšně za sebou.

Následující fáze spočívá v uzavření kontraktu mezi klientem a pomáhajícím pracovníkem (resp. organizací poskytující služby), což představuje ideální případ spolupráce. Klient, již dříve srozuměný s nároky intenzivní léčby, je za pomoci terapeuta dále postupně připravován na tzv. „roli klienta“, která údajně představuje to,

co se od klienta očekává: „...např. se očekává, že klient uznává, že má vůbec nějaké problémy (zejména spojené s drogami), je schopen o nich hovořit, unese odlišný názor a dokáže projevit vlastní, dodržuje základní řád apod.“ (Kalina, 2002, podle Müllerová-Matoušek-Vondrášková, 2005, s. 220). Pokud klient výše citovaná očekávání neplní, jsou mu udělovány sankce, v opačném případě odměny. Důvodem, proč klient z této léčebné formy často vypadává, je, že se buďto do léčby nezapojí či adekvátně neplní svou roli (roli klienta).

Další typ sociální práce spadá do rámce pobytových služeb, které jsou poskytovány v oddělení PL či v TK.

2.2.2 Sociální práce v pobytových službách

Za hlavní cíl tohoto typu léčby jsou všeobecně považovány: změna samotného životního stylu klienta a přijetí abstinence jakožto nutné součásti následného života. Podle autorů Müllerová-Matoušek-Vondrášková (2005) se klient touto formou léčby dále učí: umět za sebe a své jednání přijmout zodpovědnost, najít alternativu k užívání drog, cvičit se ve zvládání různých situací, ve zlepšování mezilidských vztahů a posilování sociální podpory. Dalšími cíli jsou pak maximální stabilizace sociálních podmínek klientova života a prevence relapsu²¹.

Pro dosažení všech výše uvedených cílů je nutné klientovi zajistit bezpečné a podnětné prostředí, ve kterém funguje otevřená komunikace jak mezi klientem – terapeutem, tak mezi klienty navzájem. Otevřená komunikace totiž umožňuje bezpečnou konfrontaci a společné rozhodování všech účastníků o některých podmínkách léčby. Interakce a komunikace mezi klientem - terapeutem je specificky odlišná na začátku a konci léčby – zpočátku je cíleně budován pevný vztah obou členů, a to jako prevence předčasného vypadnutí klienta z léčby, na konci terapie je naopak klient cíleně veden k separaci, individuaci a odmítnutí.

Již bylo výše uvedeno, že k dobré adaptaci a spolupráci klienta nacházejícího se v intenzivní formě léčby, je potřebná předchozí motivace ze strany poradenského zařízení. K tomu, aby klient z léčby nevypadl, je především potřebná vnitřní motivace,

²¹ podle slovníku cizích slov on-line (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/relaps>): relaps - časný (např. do půl roku) či pozdní (např. po roce) návrat příznaků nemoci, která byla v klidu (remisi), zhoršení, což znamená i přetrvávající zvýšenou zranitelnost (vulnerabilitu)

kteřá se začíná výrazněji formovat během samotné léčby, nikoliv vnější motivační faktory (jako např. ztráta rodinného zázemí, hrozba trestního stíhání, obava z odejmutí dítěte a umístění do náhradní rodinné péče), které podle trojice výše uvedených autorů (2005) bývají nejčastější příčinou, proč klient z vlastní vůle do intenzivní pobytové léčby nastupuje. Jako rizika způsobující vypadnutí klienta z léčby jsou považovány: špatná adaptace na nové prostředí a nové podmínky, špatná vyrovnanost s režimem v zařízení (např. co se týče terapeutického stylu práce, či vzájemných vztahů v léčebném zařízení).

Specifika a průběh léčby v pobytovém zařízení a činnost sociálního pracovníka v této sféře je rozdělena do několika fází. Výchozím bodem je sestavení dílčích cílů léčby, na kterém pracuje terapeut společně s klientem. Vytyčené cíle jsou průběžně vyhodnocovány a přizpůsobovány aktuální situaci, a provádí se též zpětné hodnocení procesu léčby a porozumění jejím jednotlivým fázím.

V první fázi je léčba zaměřena hlavně na minulost klienta, postupem času se orientuje více na přítomnost a postupně směřuje k budoucnosti (ve smyslu hledání nového životního stylu, plánování života po absolvování léčby apod.). Podle výše uvedené trojice autorů (2005, s. 222) pracovník klientovi pomáhá k tomu, aby hovořil o problémech otevřeně, aby je sdílel se skupinou, aby byl schopen je adekvátně zpracovat, aby rozpoznal a porozuměl vlastnímu vzorci užívání drog a jeho spouštěcím mechanismům (klient tak s podporou týmu a skupinou vytváří nové strategie ke zvládání problémů). Dále jde o to, aby postupně došlo k obnovení kontaktů klienta s vnějším sociálním prostředím a aby se zvyšovala míra a kvalita jeho sociálního fungování - v tomto smyslu intenzivní léčba využívá princip rodinné terapie (RT), která umožňuje zlepšení vzájemné komunikace mezi klientem a dalšími rodinnými příslušníky.

Dalším cílem, ke kterému sociální pracovník klientka směřuje, je, aby byl schopen řešit „čekající“ problémy (neboť dochází k tomu, že v době užívání drogy klient takové problémy neřeší). Nakumulované problémy se často týkají mnohdy až astronomicky vysokých částek dlužných institucím, úřadům či jednotlivcům (např. nezaplacené účty za telefon, za mobilního operátora, internet, městskou hromadnou dopravu (MHD), nezaplacené pokuty/ nájem, poplatky za studium). Sociální pracovník v tomto smyslu často řeší problémy, které se týkají trestního, občanského i rodinného práva, a k tomu - jak zdůrazňuje trojice autorů (2005, s. 220) – je třeba výborná

orientace v zákonech, novelách a možnostech řešení jednotlivých problémů s tím, že problémy neřeší pracovník za klienta, nýbrž klient se je za pomoci či asistence terapeuta pokouší řešit sám.

V závěrečné fázi je klient směřován a veden ke zvládnutí nároků, kterým bude čelit po ukončení léčby. Z hlediska prevence relapsu musí být klient připraven na radikální změnu svého dosavadního způsobu života a na zvládnutí vývojových úkolů, které byly z důvodu závislosti odsunuty. Müllerová-Matoušek-Vondrášková (s. 222) zdůrazňují, že se jedná hlavně o odpoutání se od původní rodiny, nalezení trvalého partnerského vztahu, ukončení vzdělávací dráhy, nalezení uspokojivého zaměstnání, zajištění bydlení, přerušení či omezení kontaktu s lidmi, se kterými se klient stýkal před léčbou, resp. tzv. drogovou subkulturou. Z tohoto hlediska je vyžadována nutná dlouhodobá a trpělivá práce s klientem – sociální pracovník vystupuje spíše jako *„respektovaný partner, který klientovi poskytuje zpětnou vazbu týkající se klientových plánů a rozhodnutí“* (tamtéž, s. 222).

Nadto je klient na konci léčby veden k autonomii, samostatnosti, separaci a individuaci (mnohdy bývá oddělen od ostatních a umístěn/ubytován do separátního bydlení). V této konečné fázi je povinen plnit dílčí úkoly, jaké představují: nalezení brigády, zajištění pracovního místa, a to za účelem obnovy pracovních návyků. Vedle neustálého a postupného vytyčování krátkodobých a dlouhodobých cílů jsou společně s terapeutem také plánovány konkrétní kroky, které konečnému dosažení cíle napomáhají (např. se jedná o získání kvalifikace pro výkon budoucího povolání, volba pro rekvalifikační kurz apod.). Sociální pracovník může klienta v závěru léčby také motivovat a směřovat do programu následné péče.

Poslední uvedený typ sociální práce pak probíhá v zařízení, kde je následná péče poskytována.

2.2.3 Sociální práce v následné péči

Úspěšnost absolvované léčby a schopnost klienta udržet abstinenci se dle autorů Müllerová-Matoušek-Vondrášková (s. 223) zvyšuje tím, pokud na léčbu ještě bezprostředně navazuje následná péče. Jako cíle péče uvádějí: stabilizaci klientova životního stylu, posilování abstinence a posléze i postupné rozvolňování vazby klienta na doléčovací program. Tématy jednotlivých sezení, která během následné péče

opakovaně probíhají, jsou pak: problematika relapsu, stabilizace sociálního fungování spojená s budováním vztahů mimo doléčovací program, vztahy v rodině a vztahy partnerské.

Autoři konstatují (s. 223), že sociální práce praktikovaná v doléčovacích programech má spíše podpůrný ráz - ve většině záležitostí je klient samostatný a umí využívat strategie pro jednání na úřadech. Sociální práci autoři charakterizují následovně: „*Podpora klienta pak mnohdy spočívá v zřehlednění závazků a záležitostí, jež klient musí řešit, ve vytyčení priorit a konečně i v podpoře klientovy trpělivosti a vědomí, že je schopen své problémy postupně řešit. Podpora sociálního pracovníka se dále uplatňuje při vyjednávání o úředních pohledávkách, při řešení problémů spadajících do trestního, rodinného, občanského i pracovního práva, při vyjednávání o splátkových kalendářích, při hledání zaměstnání.*“ (tamtéž, s. 223).

Pokud klient během léčby relapsoval, neznamená to ukončení spolupráce. Důvodem pro její pokračování je kritérium, že klient s doléčovacím zařízením neustále udržuje kontakt. V takovém případě se relaps nestává příčinou ukončení spolupráce, nýbrž podnětným tématem a vhodnou příležitostí, jak se ze situace ponaučit a udělat věci příště jinak. Při práci v následné péči obvykle k opakovaným relapsům dochází, s čímž je třeba počítat.

Ve fázi ukončování následné péče se bere zřetel na aktuální situaci klienta, jeho sociální stabilizaci a hlavně schopnost dotyčného v životě fungovat i bez doléčovacího centra.

3. Struktura a popis vybraných zařízení v SRN a ČR

3.1 Zařízení pro matky-uživatelky drog v SRN

Karthause, Station 27, BKR Regensburg

Rehabilitationseinrichtung für drogenabhängige Mütter/Väter und deren Kinder im Bezirksklinikum Regensburg (BKK Regensburg)

Z německých typů zařízení věnujících se léčbě drogových závislostí u žen-uživatelék drog, zde bude následně popsáno a specifikováno státní zdravotní zařízení Karthause, určené drogově závislým matkám (otcům/partnerům) a jejich dětem.²²

Karthause (Station 27) představuje uzavřené zdravotní zařízení, které se nachází v areálu rehabilitační a psychiatrické kliniky Bezirksklinikum Regensburg (BKR) a funguje jako zařízení, které svým pacientům nabízí formu bio-psycho-sociální rehabilitace. Vzniklo v roce 1998, zřizovatelem je kraj Oberpfalz GmbH - jde o léčebné



zdravotní zařízení, jehož vedoucím pracovníkem (doktorem) je Dr. med. Willi Unglaub.

Cílem a účelem léčby je: 1) stabilizace drogově závislého pacienta/ pacientky; 2) podchycení psychické poruchy; 3) dalekosáhlé odstranění tělesných a sociálních následků drogové závislosti; 4)

rozpoznat a přepracovat osobní problémy, vytvořit a naučit pacienta/ku řešit problémové a konfliktní situace jak u sebe, tak v rámci rodiny; 5) zlepšit sociální kompetence pacienta/ky a usnadnit jejich opětné začlenění do pracovního a společenského procesu; 6) stabilizace výchovných schopností rodičů i samoživitelky tak, aby pociťovali výchovnou zodpovědnost bez drog vůči svému dítěti.

Multiprofesionální tým složený z kvalifikovaných zdravotníků s odborným terapeutickým výcvikem, psychologky, sociální pracovnice, speciálních terapeutů, vrchní sestry a doktora, se pacientům střídavě věnuje během dne. V noci je zařízení hlídáno kamerami instalovanými v areálu kliniky. Pacienti jsou podle zásad filozofie terapeutické komunity spoluzodpovědní za plynulý a klidný chod zařízení během noci.

Základním zdrojem financování služeb Karthause jsou zdravotní a penzijní pojišťovny (Úřad důchodového pojištění). Karthause nespolupracuje se zdravotní

²² informace jsou zpracovány na základě konceptu zařízení z roku 2009, dále podle informací z webových stránek samotného zařízení (www.medbo.de/179.0.html?&type=98) a v neposlední řadě vlastních pracovních zkušeností

pojišťovnou BfA. Výše přispívání pacienta/ky je tedy nulová. Pacientům jsou během pobytu (léčby) k dispozici bezplatné služby jako: ubytování, strava, průkazy na veřejnou dopravu, účast na jiných nepovinných aktivitách probíhajících v rámci kliniky (plavání, sport, knihovna). Propláceny jsou i víkendové pobyty u těch, kteří nemají ještě povoleny vycházky či dovolenou a tráví víkendy společně s ostatními ze skupiny.

Zařízení je situováno v areálu rehabilitační kliniky, konkrétně v bývalých klášterních prostorách s kapacitou šest plně stacionárních míst a dvou částečných (ambulantních). Co se vybavení týče, budova je rozdělena na přízemí a patro-podkroví: přízemí tvoří hlavní obytnou část domu, jsou zde umístěny pokoje pro pacientky a jejich děti, společenská místnost s TV a dětským koutkem, hlavní kancelář personálu (slouží jako konzultační místnost a zázemí personálu), dvě sociální zařízení (dvě koupelny s WC určené pacientům), kuchyň určená pacientům a společná jídelna. Před budovou se rozprostírá příjemná zahrada s pískovištěm a zahradním nábytkem. V podkroví se nachází terapeutická místnost (pro skupinovou terapii, relaxaci, akupunkturu), a kancelář psychologů (kde probíhají individuální terapie, konzultace), a další skladové prostory, WC se sprchou určené pro personál.

Samotný koncept léčby zařízení Karthase je rozvržen do tří fází, během nichž může pacient/ka využít pobytu v terapeutické komunitě a pracovat na své abstinenci. Pro přijetí do komunity je třeba předložit vyřízené finanční dávky od příslušných úřadů, musí být splněno další důležité kritérium: mít ukončenou detoxikační kúru (lze provést na oddělení Station 17C Bezirksklinikum). Každá žádost je posuzována jako individuální záležitost. Cílovou skupinou jsou: 1) drogově závislé matky (samoživitelky), manželské a partnerské páry, popř. otcové samoživitelé (bývá ale výjimečně), 2) těhotné uživatelky drog, 3) pacientky rozhodnuté k léčbě dobrovolně či na základě soudního nařízení, 4) děti rodičů užívajících drogy či na nich závislých, 5) pacienti/ky, které již podstoupily a úspěšně absolvovali pobyt na uzavřeném odvykacím zařízení (prodělali detox). Věk pacientů/tek je v průměru 18-40 let. Děti jsou spolu s rodiči do zařízení přijímány v předškolním věku (výjimečně starší). Kontraindikační kritéria pro léčbu jsou: nespolupráce pacienta/ky, neochota a nedodržování pravidel léčebného režimu, opětný relaps a tendence k drogám, věk mladší 18 let, absence řádné péče o svého potomka.

Zařízení poskytuje služby ve formě individuální, skupinové a párové (rodinné) terapie. Individuální terapie probíhá formou pravidelných rozhovorů s příslušným

členem personálu, odpovědným za dotyčného pacienta/ku. Skupinově jsou organizovány: Morgenbesprechung (denně, malá ranní komunita, technická, slouží k organizaci dne), Wochenanfangsgruppe (pondělí, dopoledne, začíná se jí celý týden), Elter-Kind-Gruppe (úterý odpoledne, skupina věnující se problematice rodičovství), Suchtgruppe (středa, skupina řešící problémy se závislostí) či Familienerfahrungsgruppe (středa dopoledne, skupina řešící problémy s výchovou dětí apod.), Entspannungsgruppe (středa odpoledne, relaxační blok), Forum (čtvrtek, řeší se vztahy mezi členy komunity). Podle potřeby jsou pacientům/kám k dispozici sociální poradenství a podpora, lékařské ošetření podle akutnosti případu, pravidelné lékařské kontroly (visity), probíhající vždy v pondělí odpoledne.

Dále jsou do týdenního plánu²³ průběžně a pravidelně zahrnuty: pracovní činnost – pracovní terapie (Arbeitstherapie), která de facto tvoří základ terapeutické práce s komunitou a jsou do ní zahrnuty: péče o zahradu, praní prádla, krejčovství, zámečnictví, úklid obytných prostor zařízení, vyřizování administrativních záležitostí týkajících se úřadů apod., sportovní terapie (Sporttherapie), probíhající pod vedením speciálního terapeuta v areálu Bezirksklinikum, relaxační blok (Progressive Muskelentspannung), akupunktura (Suchtakupunktur, Suchtakupunktur mit Schlafkranz), procházky s dětmi i bez dětí v blízkém univerzitním parku (Spaziergang), aromaterapie, strukturovaný volný čas a strukturované víkendové aktivity.

První fáze (Psychotherapie bzw. Entwöhnungsphase)²⁴ trvá šest měsíců a spočívá v postupném odvykání si od dosavadního způsobu života a naopak v přivykání na společenství v terapeutické komunitě. Důraz je kladen na zodpovědnost každého jedince za sebe a své jednání, a to jak v rámci rodiny, tak samotné skupiny. Proto je vyžadována ochota a připravenost spolupracovat, např. při provozu domácnosti, neboť spolupráce je v tomto směru velmi důležitá. Základním problémovým bodem, který je během této fáze potřeba překonat, je změna svého postoje k závislosti a její postupná úprava. Především během těchto šesti měsíců by mělo ze strany pacienta/ky dojít k vytvoření pozitivního vztahu k dítěti, a to po stránce: naplnění jeho základních potřeb (hygiena, výživa, péče o tělo), umění rozeznat jednotlivé vývojové kroky dítěte, rozeznat případné vývojové zvláštnosti, a ty se snažit v pozitivním směru ovlivnit, najít nový pohled a způsob jednání se svým dítětem. Pokud je dítě věkově a sociálně zralé a

²³ viz týdenní program léčby (příloha B)

²⁴ v překladu: psychotherapie a odvykací fáze

okolnosti léčby to vyžadují, zajišťuje personál Karthause pro děti částečnou péči v mateřských školkách a jeslích. Kritériem pro vstup do další fáze je pravidelná účast na společných aktivitách, spolupráce ze strany pacienta/ky, dodržování pravidel komunitního režimu, úspěšné ukončení první terapeutické fáze, během níž každý jedinec postupně vypracovává a sepisuje jednotlivé terapeutické smlouvy za účelem shrnutí dosavadních zkušeností s pobytem v komunitě, s bezdrogovým životem apod.²⁵

Druhá fáze (Adaptionsphase/Arbeitsbelastungsphase)²⁶ je plynulým pokračováním předchozí části léčby a v tomto směru dále rozvíjí psychoterapeutický princip terapeutické komunity. Nově jsou ale v léčebném programu zdůrazněny následující sociálně-terapeutické body: bydlení, práce, volný čas. „*Bereits vor der Adaptionsphase bereiten Sie Ihre soziale Wiedereingliederung vor, Sie sorgen für eine angemessene Wohnung und einen geeigneten Arbeitsplatz sowie für eine befriedigende Freizeitgestaltung.*“ (citace viz: Konzept 2009, s. 6) Pro rodiče s malými dětmi se za odpovídající cíle považují: práce na částečný úvazek, další vzdělávací a rekvalifikační aktivity, strukturovaný čas ve formě volnočasových aktivit matek a jejich dětí s dalšími rodiči a dětmi, jejich vzájemné poznávání a komunikace. Podle individuálních potřeb lze jako další cíl této fáze považovat účast na pracovním výcviku a dalších nabídkách pracovního úřadu, případně další vzdělávání jedince a vhodné ukončení kvalifikace. Ve volném čase (mimo pracovní činnost) pro všechny členy komunity dále platí pravidlo pravidelné účasti na individuálních a skupinových terapiích. Pacient/ka má možnost se za neustálé podpory personálu a ostatních členů komunity plynule přesměrovat na život vně Karthause, dle daných kritérií a pravidel opouští prostory zařízení na vícedenní pobyt, je podporován/a zaměstnanci zařízení při hledání vhodného pracovního místa, při vyřizování úředních záležitostí, strukturování volného času, hledání vhodného bytu apod. Základním terapeutickým a etickým kritériem je, ponechat dotyčného/dotyčnou se seberealizovat a nést za sebe a své jednání maximální zodpovědnost.

Závěrečná třetí fáze (Ambulante Nachbetreuung)²⁷ je rozvržena na jeden rok (výjimečně déle) a přirozeně následuje po úspěšném ukončení předchozí adaptační fáze. Pacient/ka již fyzicky nepobývá v zařízení, žije v pronájmu či vlastním bytě a realizuje se v každodenním životě nezávisle na principu soužití v komunitě. Má však stále

²⁵ viz časový harmonogram jednotlivých etap léčby v Karthause, celkový plán léčby (příloha B)

²⁶ v překladu: adaptační fáze, s důrazem na pracovní zátěž

²⁷ v překladu: následná ambulantní péče

otevřené dveře, je monitorován/a ze strany Karthause a příslušného pracovníka (konzultanta), který je za pacienta/ku zodpovědný. V případě výskytu krize a akutních problémů lze dotyčného/ou ubytovat opět v prostorách komunity (pokud je momentální kapacita nenaplněná), případně pomoci hledat jiné řešení. Jedinci nacházející se v této třetí fázi využívají individuální terapie (výjimečně skupinové-týkající se určitého aktuálního tématu), a stejně jako v předchozích fázích podstupují při opuštění a opětném vpuštění do zařízení screeningové alkoholové a drogové testy.

Státní zdravotnické zařízení Karthause Bezirksklinikum Regensburg využívá služeb projektu Freiwilliges Soziales Jahr (=Dobrovolný sociální rok), který má v Německu dlouhou tradici a je zaštitěn sdružením Der Paritätische Wohlfahrtsverband Niederbayern/Oberpfalz (= Rovnoprávný dobročinný blahobytný spolek v Bavorsku), vystupujícím jako nositel programu. Projekt je určen mladistvým ve věku 18-26 let, kteří jsou sociálně angažovaní a mají zájem si vyzkoušet sociální práci ve vybraném sektoru tzv. „na zkoušku“. Po dobu jednoho roku (max. 1,5 roku) se kromě pracovní činnosti dobrovolník účastní doprovodných seminářů týkajících se sociální problematiky (celkem 25 dní, počítají se jako pracovní doba), dostává plat, kapesné, příspěvek na stravu, má zajištěné ubytování, zdravotní a sociální pojištění, má nárok na 26 dní dovolené. Dobrovolník svůj FSJ vykonává v rozmezí 38,5 hodiny týdně (zpravidla na směny), které zahrnují i víkendy - dle potřeby (dobrovolník má nárok na dva volné víkendy v měsíci). Program FSJ často využívají maturanti, rozhodující se mezi dalším studiem na VŠ či pracovním uplatněním. Tento projekt jim má umožnit se správně rozhodnout a vybrat si tu schůdnější cestu do budoucna. FSJ lze vykonávat v následujících zařízeních pod vedením kvalifikovaných pracovníků: mateřské školy a jesle, nemocnice, rehabilitační a psychiatrické kliniky, terapeutická oddělení rehabilitačních klinik, zařízení pro postižené, domovy důchodců.

V Karthause pracuje dobrovolník jen ve všední dny, o svátcích má proplacené volno, nepracuje na směny. Pracovní doba relativně odpovídá klasické směně: pondělí 9:30-17, úterý-čtvrtek 7:30-16, pátek 7:30-13h. Náplň práce spočívá v pomoci při hlídání dětí v době, kdy mají pacientky povinnou terapii (individuální konzultace, skupina, sport apod.) či dle akutní potřeby. Dále je FSJ využíván jako asistent pacientek, např. při pochůzkách po úřadech, jako doprovod na ošetření k lékaři, nacházejícímu se mimo areál Bezirksklinikum. Tato služba je určena pacientkám v počáteční fázi léčby (zhruba do čtvrtého měsíce terapie) či pokud je podezření na

opětný abúzus NL či pokud má pacientka zákaz vycházek z důvodů porušení pravidel komunity a je za to tímto způsobem sankciována. V tomto směru je pro pacienty Bezisklinikum Regensburg zajištěn odvoz ze samotného areálu až do určeného místa, pokud to okolnosti vyžadují (např. pacientka se potřebuje k lékaři dostavit kvůli dítěti, které je na tom zdravotně špatně). Při pochůzkách po úřadech je využíváno služeb MHD (klinika proplácí pacientkám i. dobrovolníkům FSJ lístky, měsíční permanentky). V případě nutnosti FSJ asistuje při odběru vzorku moči nutného k testování přítomnosti drog (pouze u stejného pohlaví). FSJ se také stará o doručení a vyzvedávání pošty, denně v ranních i odpoledních hodinách provádí pochůzky po areálu kliniky do místní lékárny (vyzvedání objednávek), vyřizuje administrativní záležitosti s lékařem sídlícím v jiné části areálu BKR, vyzvedává doručené peníze-sociální dávky pro jednotlivé pacienty/ky z místní kasy v BKR (např. přídavky na děti), účastní se visity (pravidelně v pondělí odpoledne), je k dispozici pacientkám v době dočasné nepřítomnosti personálu, vyřizuje telefonáty a předává vzkazy odpovídajícímu personálu, podílí se na předávání služeb.

3.2 Zařízení pro matky-uživatelky drog v ČR

Centrum pro rodinu Drop-in o.p.s. (CPR)

CPR²⁸ představuje jedno z mála protidrogových zařízení v ČR, které se specializuje na klientelu, jakou jsou ženy – matky s drogovou anamnézou. Vzhledem k systému péče o uživatele NL v ČR sehrává CPR roli jakéhosi filtru, skrze který probíhá spolupráce s dalšími institucemi a organizacemi zabývajícími se problematikou uživatelůk drog a jejich dětí. V tomto smyslu CPR úzce spolupracuje s dalšími institucemi a organizacemi, a proto je nutná interdisciplinární spolupráce. Sedláčková (2008a, s. 161) uvádí, že v případě sociální práce jde o spolupráci s pracovníci OSPODu, sociálními kurátory, probačními pracovníky, kojeneckými ústavy (KÚ), dětskými domovy (DD), soudy a o.s. Střep²⁹, v případě ústavní léčby CPR spolupracuje s psychiatrickými léčebnami (PL Bohnice, PL Kosmonosy) a terapeutickými komunitami (nejčastěji TK Karlov (TKK), o.s. Sananim), a co se týče poskytování lékařské péče, jedná se o spolupráci s detoxikačními jednotkami, substitučními centry

²⁸ dále také jako Centrum

²⁹ o.s.Střep – české centrum pro sanaci rodiny; dvě Střediska pomoci dětem a rodinám (Praha a Kladno)

(např. Centrum metadonové substituce Drop-in, CMS), gynekologicko-porodnickými odděleními (GPO) (např. GPO FN Motol), hepatologickou poradnou. Cílem činnosti CPR je dlouhodobá stabilizace matky ve smyslu abstinence od alkoholu či drog.

CPR vzniklo jako jeden z programů Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop-in, o.p.s. Jedná se o registrované nestátní zdravotnické zařízení poskytující poradenství, adaptační program ve formě základního poradenství pro takové klientky, které se ještě zdráhají navštívit samotné Centrum pro rodinu (opora o street work), dále CPR nabízí ambulantní péči, psychoterapii v oblasti problémů s drogami, telefonickou a krizovou intervenci, pomoc v oblasti sociální práce, a následnou a doléčovací péči, určenou pro ženy a matky vracějící se z ústavní léčby či z komunity. V současnosti CPR sídlí na dvou místech na Praze 10, v ulici Přípotoční (původní sídlo, nyní funguje jako administrativní zázemí a jsou zde poskytovány služby odborného sociálního poradenství) a ulici Litevská (hlavní sídlo CPR) a je v úzkém kontaktu s dalšími dropinovskými centry, především: Centrem následné péče (CNP) a Centrem metadonové substituce (CMS), kam své klientky často odesílá.

V roce 2000 byl spuštěn projekt zaměřený na resocializaci matek s drogovou anamnézou nazvaný „Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech“, který v současnosti nese kratší název „Integrace rodiny“. Tehdy probíhal v rámci základního nízkoprahového střediska Drop-in (Karolíny Světlé, Praha 1). V roce 2002 se projekt osamostatnil a získal vlastní prostory v Přípotoční ulici. Cílovou skupinu projektu tvoří těhotné uživatelky drog i ženy-matky s drogovou anamnézou pečující o dítě. Středem zájmu je pak samotné dítě (viz heslo „dítě patří domů“, kterým se CPR řídí), jemuž má být – pokud to jde - umožněno vyrůstat ve své biologické rodině. Projekt je financován z dotací od Magistrátu hl. m. Prahy, MČ Praha 1, 2 10, Úřadem vlády ČR, Ministerstvem zdravotnictví. Autorkou a realizátorkou projektu je zakladatelka a vedoucí CPR Simona Sedláčková (2008a, s. 162), která uvádí, že se jedná o 60% úspěšnost programu (pracovníci Centra mají kontakt s matkami, které absolvovaly program a stále abstinují). Dle informací další pracovnice CPR prošlo za deset let existence tohoto zařízení již 400 klientek, z čehož 40-50 klientek je stále aktivních. Průměrný věk klientek CPR je pak 27-28 let.

Kromě pilotního projektu „Resocializace matek“ byl v květnu 2010 v rámci CPR spuštěn další program, realizovaný ve spolupráci se Sdružením META, o.s.³⁰ Tento projekt se zaměřuje již na následky znevýhodněného prostředí, ve kterém se děti nacházejí, a v tomto směru klade důraz na prevenci specifických vývojových poruch u takových dětí, *„jejichž vývoj byl v období těhotenství ohrožen působením např. chemických látek, léků, alkoholu nebo drog.“* (citace: leták Slunečnicová zahrada). Do tohoto nového programu se mohou zařadit klientky zdravotně a sociálně stabilizované a jejich děti, tedy takové, které např. úspěšně absolvovaly program „Integrace rodiny“. Z tohoto hlediska se jedná o volné pokračování předchozí práce s klientkou, kdy je v popředí zájmu vztah matky ke svému dítěti a jeho samotný vývoj. Cílovou skupinu již tedy tvoří jen předškolní děti a jejich rodiče, ale i děti mladšího a staršího školního věku a příslušní pedagogové.

Samotný projekt „Integrace rodiny“ je strukturován do dvou let (20-22 měsíců) a zahrnuje několik fází, kterými úspěšná léčba prochází: nízkoprahová (v rámci ní diagnosticko-diferenciální filtr): 1-3 měsíce, tematická: 6-12 měsíců, růstová: 12-24 měsíců, a dále je také nabízeno doléčování. Ve zkratce lze jednotlivé fáze charakterizovat následovně (viz leták CPR „Program Resocializace matek užívajících návykové látky“): **1)** *„Nízkoprahová fáze se zaměřuje na řešení drogového problému, zprostředkování zdravotní a gynekologicko-porodnické péče.“*; **2)** *„Tematická fáze (...) na řešení sociální, finanční a bytové situace klientek. (...) Je poskytována psychická podpora v rámci individuálního a skupinového poradenství. Práce na prevenci relapsu a udržení abstinence. Poradenství v rámci přípravy na rodičovství.“*; **3)** *„Růstová práce se zaměřuje na podpůrný kontakt klientek a vychází z potřeb dotyčné klientky. Pomoc při řešení řady životních situací v sociální, osobní či vztahové rovině v rámci individuálních konzultací a růstové skupiny.“*; **4)** *„Po ukončení ročního programu je možné absolvovat nebo je doporučeno klientce doléčování. Zde vstupuje klientka do terapeutického procesu v rámci skupinové a individuální podpůrné psychoterapie.“* Při přechodu z jedné fáze do další získává klient informace s dostatečným předstihem a následně také doklad o svém přestupu.

Základními cíli projektu jsou (viz Sedláčková, 2008a, s. 156): 1) motivace a směřování gravidní klientky či klientky pečující o dítě k abstinenci NL, 2) stabilizace

³⁰ Sdružení META o.s. je občanské sdružení v okrese Jindřichův Hradec, poskytující preventivní programy, poradenství, terapii a terénní programy pro uživatele drog

jejich zdravotního stavu během těhotenství i později, 3) poskytnutí pomoci a asistence při stabilizaci tíživé sociální situace (resp. zajištění bydlení a zisk sociálních dávek), 4) rozvoj sociálních dovedností a orientace v mezilidských vztazích v době zařazení do programu i po jeho ukončení, za účelem vytvoření bezpečného rodinného zázemí (klientkou, partnerem či rodinnými příslušníky). Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (ZSS) je mezi klientkou a CPR v počáteční fázi sepisován kontrakt o vzájemné spolupráci (Dohoda o poskytování služeb Centra pro rodinu v programu „Integrace rodiny“), Souhlas s vedením dokumentace, a dále je klientka seznámena s Pravidly CPR pro klienty, které je nutno respektovat a dodržovat, a s kodexem práv pacientů.

3.2.1 Postup CPR vzhledem ke klientce v jednotlivých fázích léčby – sociální práce³¹

Podle Sedláčkové (Systém péče o ženy užívající návykové láky v ČR, s. 22) představuje sociální práce jeden z nezastupitelných faktorů při samotné práci s klientkou, a to z toho důvodu, že *„klientka je na začátku motivace ke změně a část s ohledem na svůj předešlý životní styl potřebuje upevnit, naučit se řadu sociálních dovedností“*. Z důvodu charakteru léčby probíhající ambulantní formou, která vyžaduje značně flexibilní přístup k řešení případu, a faktu, že některé sociální záležitosti je třeba řešit okamžitě po zjištění sociální situace klientky, se v CPR sociální práci věnují všichni pracovníci – terapeuti. Pro terénní práci (na ulici, v bytech klientek) je pak určena sociální pracovnice vzdělaná v oblasti adiktologie.

„Nultá“ a Nízkoprahová fáze

„Nultou fází“ představuje tzv. diagnosticko-diferenciální filtr, který je součástí první fáze nízkoprahové (1-3 měsíce) a který v první řadě spočívá v navázání kontaktu s klientkou – matkou či gravidní ženou užívající NL. To se děje např. prostřednictvím terénní práce (streetwork), kdy je cílovým ženám zprostředkováván další kontakt na

³¹ zpracováno podle informací z následujících zdrojů: „Manuál CPR“ (dále jako Manuál), letáčky CPR o projektu „Integrace rodiny“, studie Sedláčková (2008a, 2008b), webové stránky CPR: <http://www.dropin.cz/centrum-pro-rodinu>

stabilizované programy nadace Drop-in, sdružení Sananim či STAGE 5³² a kdy jsou jim na bázi „harm-reduction“ poskytovány základní informace. Podle Sedláčkové (2008a, s. 157) se ženy-matky-uživatelky drog do CPR dostávají různou cestou a nejčastěji: 1) přes kontaktní nízkoprahové centrum Drop-in (Karolíny Světlé, Praha 1): „*Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy s ní možné nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat ji apod.*“ (tamtéž, s. 157), odkud už je jen malý krůček k CPR; 2) přes porodnice a OSPOD (Orgán sociálně-právní ochrany dítěte)³³: „*Žena bere drogy, porodí dítě s abstinčním syndromem a z porodnice je informován příslušný odbor (OSPOD) a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení [CPR].*“ (tamtéž, s. 157), 3) informování okolím: „*Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti; na situaci upozorní většinou okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci).*“ (tamtéž, s. 157). Dále se klientky do služeb CPR dostávají ze substitučních programů (např. CMS Drop-in). Veškerá spolupráce s tímto Centrem však musí být ze strany klientky dobrovolná. Dle informací pracovnice CPR je navázání kontaktu s klientkou nejčastěji zprostředkováno přes OSPOD (klientka je zachycena v porodnici a dítě jí je následně odebráno předběžným opatřením do péče prarodičů či ústavní péče). Tyto postupy jsou zákonité i v případě, „*že ženy z této cílové skupiny otěhotní, a to i když v době těhotenství abstinují, buď částečně či úplně*“ (Sedláčková, 2008a, s. 157).

V případě těhotné uživatelky drog, kontaktující CPR před porodem, spočívá náplň práce v nízkoprahové fázi v následujících krocích: ve zjišťování gravidity a její positivity, případně stadia těhotenství, což se děje ve spolupráci s gynekologicko-porodnickým oddělením (v místě bydliště klientky, evtl. v místě CPR: FN Motol, FTN, Podolí), kam je klientka z Centra odesílána. Pro CPR je důležitá informace, zda si klientka dítě chce ponechat či nikoliv. Tento faktor je určující pro další léčebný postup. Dále je třeba zjistit, jak je na tom klientka z psychického hlediska – v tomto směru CPR zprostředkovává psychiatrické vyšetření (Apolinář PL, Oddělení pro léčbu závislostí VFN) a v případě projevů akutní, toxické psychózy či duální diagnózy flexibilně kooperuje s PL Bohnice, kam je klientka následně směřována a doporučena. Hlavním

³² o.s. Progressive Stage 5 je kontaktní centrum v Praze, jehož cílem je minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů drog, motivace ke změně životního stylu

³³ OSPOD (dříve OPD) - odbor péče o mládež příslušného pověřeného městského úřadu, zastupuje zájmy dítěte v řízeních, v nichž je rozhodováno o nezletilých dětech (např. co se týče stanovení výživného, úpravy styku rodičů s dětmi, stanovení, komu bude dítě svěřeno do péče atd.)

smyslem „nulté fáze“ je: podat klientce co nejširší spektrum dostupných informací týkajících se škodlivosti drog a jejich vlivu na matku i plod, možných rizik s tím spojených, dále informace o psychologickém vývoji dítěte po porodu, v případě, že by vyrůstalo bez své biologické matky. Klientce jsou poskytnuty informace o samotném speciálním programu či informace o právních postupech OSPODu, pokud by v době těhotenství či poté užívala drogy. CPR se stále snaží o udržení kontaktu s klientkou, a to prostřednictvím dalších smluvených termínů. Klientka je ústně i písemně seznámena a srozuměna s pravidly poskytování služeb (sepisuje se Souhlas s vedením dokumentace a Dohoda o poskytování služeb). Pro zjištění těchto veškerých informací zpravidla postačí tři motivační pohovory.

Důležitým faktorem pro další postup klientky a pracovníků CPR z hlediska tvorby jejího individuálního plánu je její postoj k mateřství - tedy, zda si dítě chce ponechat či nikoliv. Pokud dítě nechce a gravidita je kratší než tři měsíce, lze navrhnout interrupci – klientce je zprostředkován kontakt na gynekologicko-porodnické oddělení, veškeré s tím spojené informace a doporučení CPR pro zdravotnické zařízení ve prospěch klientky (poskytnutí veškeré zdravotní péče související s umělým přerušением těhotenství). Pokud je však gravidita delší než tři měsíce, je klientka ze strany CPR motivována k adopci a případné substituci. Třetí možností je, že si klientka dítě chce ponechat a být mu matkou. Pro takové je právě určen dvouletý strukturovaný program CPR „Integrace rodiny“. Pokud si klientka přeje do tohoto programu vstoupit, je při úvodním rozhovoru i během dalších dvou až tří sezení nezbytné provést zdravotní, rodinnou, sociální, kriminální anamnézu, a především anamnézu z hlediska užívání NL.

V nízkoprahové fázi je kladen důraz na osvojení sociálních dovedností, stabilizaci sociálního zázemí (resp. bydlení, vyřízení sociálních dávek), pravidelnou účast v programu. Pokud klientka porodila, učí se péči o dítě (domácí režimová opatření), pokud je těhotná, je zařazena do předporodní přípravy.

Klientka, která si přeje dítě ponechat i zůstat v programu, je po dobu nízkoprahové fáze soustavně monitorována, a to z hlediska plnění dílčích úkolů zadaných pracovníky CPR: *„V této fázi je nezbytné ověřit, zda je dotyčná v péči gynekologa, zda pravidelně dochází na kontroly. (...) Kontrolujeme spolupráci s o.s. Střep a sociální dávky, v případě, že zde není soc.pracovnice, je nutno ji zastoupit, zjistit, zda je vypláceno životní minimum, podpora v mateřství, příspěvek na bydlení, či žádosti o byt. (...) Vhodná rovněž asistence osobní či telefonická při vyřizování dávek.*

Nutní začít s žádostí o byt.“ (Manuál CPR, s. 4) Pokud je klientka schopna je důsledně a zodpovědně plnit a v tomto případě působí soběstačně, lze ji ponechat v ambulantní formě léčby. Pokud toho schopná není, je jí nabídnuta pomoc ve formě asistence, nikoliv tedy sankce.

Návrh dlouhodobého plánu se odvíjí hlavně od charakteru práce klientky během nulté fáze a od toho, jaký typ drogy užívala (stimulancia či opiáty). Zde hraje velkou roli věk a zázemí, ve kterém se dotyčná nachází. U alkoholových drog je rozhodující množství denního příjmu (více jak 0,5 l alkoholu denně u gravidních žen je vysoce rizikové). Při větším příjmu denního množství CPR motivuje klientku k pobytu v ústavní léčbě (např. PL Bohnice), při menším množství ji směřuje k abstinenci a monitoruje její sociální zázemí, na základě čehož je pak týmově rozhodnuto o dalším postupu (ponechání klientky v původním zázemí či odeslání do jiného specializovaného zařízení).

Po zjištění stádia těhotenství klientky, jejího vztahu k dítěti (osobnostní předpoklady pro mateřství) a míře osobností zralosti, je vždy důležité vysledovat, v jakém stavu se nacházejí bytové podmínky a sociální zázemí dotčené. Podle Sedláčkové (Systém péče o ženy užívající návykové láky v ČR, s. 22) představuje sociální práce jeden z nezastupitelných faktorů při samotné práci s klientkou, a to z toho důvodu, že „*klientka je na začátku motivace ke změně a část s ohledem na svůj předešlý životní styl potřebuje upevnit, naučit se řadu sociálních dovedností*“ (tamtéž, s. 22). Klíčovými body v oblasti sociální práce jsou tedy: důkladné zmapování bytové situace, resp. kde a v jakých podmínkách klientka bydlí. Určujícím kritériem je též typ užívané drogy (délka užívání a její denní množství). Při individuálním plánování je vždy třeba zohlednit, kde bude klientka po dobu terapie v CPR pobývat, jaké jsou její možnosti z hlediska absence drogy apod. Pokud jde o stimulancia, lze doporučit pobyt v TKK či ústavní léčbu (PL), pokud o opiáty, lze uvažovat o řízenou substituci (buďto v CMS Drop-in, či farmakoterapie a substituce u předepsaného léku - Subutexu).

Pro výběr vhodného bydlení je též určující, zda klientka abstínuje či nikoliv. Pokud v minulosti měla drogy opravdu minimálně a současně abstínuje, lze uvažovat o pobytu v azylovém domě (chráněném bydlení, sociálním byt, o.s. Acorus³⁴, evtl. chráněné bydlení DC Sananim). CPR v takovém případě pomáhá s vyřizováním žádostí

³⁴ o.s. Acorus se sídlem na Praze 9 představuje sdružení poskytující psychosociální služby ve formě poradny, krizové intervence a provozující azylový dům

o byt (např. poskytnutím informací, kontaktu, telefonické či osobní asistence při jednání na úřadech). Pokud klientka nemá dobré či žádné zázemí a neabstínuje, je pro ni vhodnější pobyt v TK Karlov (TKK - často u mladých a nevyzrálých klientek užívajících stimulantia bydlících u rodičů, nesamostatných a nespolupracujících), a to po předchozí detoxikaci (např. na PL Kosmonosy³⁵), která je podmínkou vstupu do komunitních zařízení. Při žádosti o pobyt v TKK je však lepší počítat s čekací lhůtou až čtyři měsíce, neboť kapacita TKK je pouze devět míst. Z tohoto důvodu se CPR může obrátit na další spolupracující zařízení, jako je Denní stacionář o.s. Sananim (DST)³⁶, kam pak klientka dochází denně a dítě může být přitom umístěno v KÚ, či klientka jde rovnou do Dětského centra v Krči (kojenecký ústav), kde může po úspěšné detoxifikaci pobývat i s dítětem. Tak se obvykle děje u klientek nacházejících se těsně před porodem či již po porodu - jde tedy o dočasné řešení problému. Přijetí do TK Karlov zprostředkovává DST Sananim, které vytváří pořadník zájemkyň o léčbu a podle závažnosti případu také provádí výběr.

Pokud je klientka směřována a odesílána do TK Karlov, CPR vypracovává zprávu a doporučení pro pobyt, kontaktuje a domlouvá pro klientku vstupní filtr u doktorky Preslové, vedoucí DST Sananim, a zároveň se snaží s klientkou udržet kontakt (předem sjednává další termín konzultace v CPR) a nabídne ji po ukončení léčby v TKK opětné pokračování v ambulantní péči. Pobyt v TK Karlov je vhodné indikovat v případě, že klientka nedokáže respektovat pravidla ambulantní léčby, která se tím pádem mívají účinkem, dále pokud klientka nemá vhodné sociální zázemí pro sebe a dítě.

V první řadě je cílem nízkoprahové fáze klientku stabilizovat, a to z hlediska drogového problému buďto ve formě úplné abstinence či řízené substituce, a dále je cílem podchycení jejích sociálních a ekonomických záležitostí. Vedoucí centra (Simona Sedláčková) uvádí: „*Pokud má klientka bydlení, v těhotenství dochází ke gynekologovi, abstinuje od nelegálních látek, nachází se ve fázi zvládání soc. dovedností (např. dochází na úřady, zařizuje si soc. dávky i s asistencí, spolupráce s o.s.Střep) – přechází do „tematické fáze.“*“ (viz Manuál, s. 4) Když klientka výše citovaná kritéria úplně nezvládá, zůstává stále v nízkoprahové fázi. Pokud nespolupracuje vůbec, a to ve

³⁵ Psychiatrická léčebna Kosmonosy, okres Mladá Boleslav, je zdravotním zařízením poskytujícím hospitalizační i ambulantní psychiatrickou péči využívající různé terapeutické postupy s kapacitou 600 lůžek; „Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20 a Detox K20“

³⁶ DST o.s. Sananim Praha 7 poskytuje Speciální program pro závislé matky a těhotné

smyslu pozdních příchodů na konzultace, na které dochází pod vlivem drog, či je podezření na duální diagnózu - je dotyčná směřována do PL.

Tematická fáze

„Kritériem k přechodu do fáze tematické je abstinence či zařazení do substitučního programu a dodržování pravidel, která jsou podmínkou účasti v programu Centra pro rodinu.“ (Sedláčková-Žižková, s. 5). Tematická fáze je založena na poskytování individuálních konzultací založených na KBT, dále na poradenských službách. Klientky se v této fázi mohou účastnit skupinově probíhajících sezení, tzv. „tematických skupin“. Zpravidla se již nacházejí v substitučním programu, o jejich abstinenci se lze mnohé dovědět přímo z CMS Drop-in, do kterého jsou případně zařazeny. Ukazateli dobré spolupráce klientky s CPR jsou v této fázi: dochvilnost a dodržování předem smluvených termínů. Pracovníci Centra činnost v této fázi popisují následovně: *„Mapujeme spolupráci s dalšími organizacemi s OSPOD asistujeme při zajišťování dokladů, sociálních dávek, soustředíme se na kontakt a mediaci v případě, že se jedná o matku, jejíž dítě je umístěno v kojeneckém ústavu (event. DD). Terapeut získává zpětné vazby od rodiny klientky, jak zvládá své sociální dovednosti.“* (viz Manuál, s. 5) Klientky se v této fázi učí sobě i svému dítěti zajistit základní potřeby (bazální i ekonomické), počínaje od mateřské, sociálních dávek, až po zajištění vhodného pracovního místa. Z hlediska bytového zázemí je upřednostňováno samostatné bydlení klientky. Kromě bytové situace se při sociální práci hledí dále na to, s kým dotyčná bydlí. Sociální pracovník z úřadu může v souvislosti se šetřením navštívit byt dotyčné, její domácí zázemí, a to za jasným účelem - vysledovat podmínky jejího bydlení, zda je vhodné pro dítě či nikoliv.

V případě, že klientka pobývá stále u rodičů a je rozhodnutá pro ponechání dítěte či s ním již u rodičů bydlí, dochází podle Sedláčkové (viz Manuál, s. 5) často ke dvěma základním konfliktům: 1) buďto je prostředí pro budoucí či stávající matku a její dítě nevhodné z hlediska sociálního (rodina je na tom špatně ekonomicky, má velmi nízký status), či 2) matky klientek jsou vůči svým dcerám hyperproduktivní, resp. matka dotyčnou klientku stále považuje za dítě a na základě toho s ní také jedná; rodiče často přehánějí výchovu dcery a takto postupují i u jejího dítěte, roli matky tak přejímá babička a vlastní matka je de facto zaháněna do pozadí. Ve finále je bydlení ve společné domácnosti s rodiči kontraproduktivní. V takovém případě CPR doporučuje

stanovit role a hranice v rodině, vytvořit rozpis činností v domácích pracích, dále CPR apeluje na potřebu vypočítat příjmy klientky a částku, kterou by rodičům pravidelně přispívala na společné bydlení (nájemné, strava, poplatky), a to za účelem, aby si byla schopna vybudovat vlastní samostatnost a nebýt na rodičích závislá jak finančně, tak psychicky.

Pokud původní zázemí klientky není pro terapii výhodné, snaží se CPR motivovat dotyčnou k osamostatnění od původní rodiny, a to jak po psychické, tak finanční stránce. Směřuje ji tedy k separaci. CPR klientce pomáhá s vyřizováním finančních a sociálních záležitostí (státní sociální podpora, dávky hmotné nouze), jaké představují: podpora v mateřství, rodičovský příspěvek, vyrovnávací příspěvek, příspěvek na bydlení, případně jednorázová sociální podpora, přídavek na dítě. I ze strany otce je třeba zjistit náležité informace, jako zda je s matkou a dítětem v kontaktu (zda jsou v rozvodovém řízení či již rozvedeni), zda je otec pracovně aktivní a je schopen platit výživné (alimenty). Pokud ano, ale nečiní tak, CPR se snaží klientce pomoci zažádat o stanovení výživného (podat žádost). Pokud matka otce nepřiznala, nelze vymáhat alimenty. Lze pouze zažádat o sociální příspěvky.

V této fázi je do terapie vhodné začlenit i ostatní zúčastněné osoby – nejprve otce dítěte, evtl. přítele klientky, a to z hlediska účasti na společných schůzkách (např. s o.s. Střep), pokud je otec dítěte-manžel/přítel schopen abstinovat, či z hlediska motivace k pracovní činnosti. Pokud však není otec dítěte/přítel schopen abstinovat a silně tak ohrožuje léčbu klienty, směřuje CPR dotyčnou k separaci ze společného bydlení, zejména jedná-li se také o dítě. Dále lze v této fázi do programu zapojit rodiče, prarodiče či příbuzné klientky, a to především při výskytu konfliktních rodinných situací a vztahů. V tomto smyslu se v tematické fázi pracuje s rodinnou terapií (zde CPR opět spolupracuje s o.s. Střep, případně jinými centry zaměřenými na rodinnou terapii). Pracovník CPR se opírá o informace o.s. Střep, který stejně jako pracovníci úřadu může šetřit u dotyčné doma, zároveň se opírá o informace získané pozorováním klientky v průběhu terapií, čímž má k dotyčné mnohem blíže než „úřadující pracovník“, a jakožto její terapeut má možnost vysledovat mnohem více, než se poštěstí druhým, byť jde mnohdy o negativní informace. Pracovník CPR vystupuje jako iniciátor, resp. ten, kdo klientku někam posílá. Dle Sedláčkové je mnohdy těžké určit, do jaké míry určité informace sdělit dalším zainteresovaným organizacím (např.

OSPOD, apod.) a do jaké míry nikoliv. V každém případě je rozhodující, zda matka dítěti zůstává bezpečná a je schopna mu zajistit adekvátní podmínky.

Pokud je klientce stanoven soudní dohled (ochranné ambulantní léčení protitoxikomanské), je nutné sledovat hlavně zájmy dítěte, což se děje ze strany OSPODu i o.s. Střep. Podle Sedláčkové se klientky do CPR nejčastěji dostávají až po porodu, kdy jsou kontaktovány odpovídající sociální pracovníci z porodnice a příslušnou pracovníci OSPODu, která má dítě klientky na starost. Soud se pravidelně táže na to, jak klientka s CPR spolupracuje a jak svou léčbu plní. V tomto směru CPR podává soudu patřičné informace a kontakty s dotyčnou pečlivě zaznamenává. Z obou stran se sleduje, zda matka není dítěti nebezpečná. V tomto směru je nutná úzká spolupráce s dalšími odborníky: adiktologem, terapeutem. Pokud má klientka v anamnéze kriminální záležitosti, je třeba navázat spolupráci a spojit se s probační a mediační službou (PMS), monitorovat, zda má odpracované všechny obecně prospěšné práce (které lze vykonávat již po šestinedělí). CPR v tomto směru odesílá klientky do zařízení pro výkon trestu, kde lze pobývat i s dítětem ve věku 3-5 let, např. do Věznice Světlá nad Sázavou, Specializovaného oddělení pro výkon trestu odnětí svobody matek nezletilých dětí (SpO).

Růstová a doléčovací fáze

Kontrakt o přestupu růstové fáze lze podepsat teprve po dlouhodobé spolupráci s klientkou, cca od desátého měsíce po jejím vstupu do programu CPR, neboť je vyžadována sociální, zdravotní a ekonomická stabilizace klientky a její upevněný postoj co se týče abstinence od NL. Kritérium pro vstup do růstové fáze vystihují následující slova (Manuál, s. 9): „*Pokud pacientka plní podmínky tematické fáze (umí zajistit sobě a dítěti bazální jistoty /potřeby/, sociální, psych. a zdravotní, abstinuje či je v substituci a jeví zájem o další spolupráci), splňuje podmínky pro vstup do růstové fáze.*“ Tato fáze je dobrovolná, nezařazují se do ní klientky se substituční medikací a s nařízenou ochrannou léčbou – soudním dohledem. Růstová práce se zaměřuje na pozitivní vývoj osobnosti klientky, opírá se o psychoterapii na principu KBT, která je praktikována v rámci individuálních konzultací, a dále poradenský přístup. V průměru trvá tato fáze léčby deset až dvanáct měsíců, maximální doba trvání celého programu je však dva roky. Kromě individuálních konzultací se klientka účastní skupinových

sezení: tematické a růstové skupiny a dalších aktivit, které jsou aktuálně v nabídce (např. společné akce, cvičení, relaxace)³⁷.

Po dvou letech účasti v strukturovaném programu „Integrace rodiny“ je klientce nabídnuta možnost následného doléčování v individuální a skupinové formě, které probíhá přímo v CPR. Klientka je však informována i o jiných možnostech a zařízeních návazné péče. CPR pak v tomto směru komunikuje s dalšími zařízeními zaměřenými na doléčování a oblast následné péče resocializace, z nichž úzce spolupracuje s Centrem následné péče Drop-in, o.p.s. (CNP) a Doléčovacím centrem s chráněným bydlením o.s. Sananim (DC).

TK Karlov, o.s. Sananim (TKK)

TK Karlov (TKK) představuje zařízení komunitního typu určené závislým matkám s dětmi a těhotným ženám, které mají zájem se léčit a nejsou v substituční léčbě. Zařízení vzniklo v roce 2001 v rámci o.s. Sananim a v ČR zaujímá mimořádné postavení z toho důvodu, že zde může matka pobývat společně s dítětem a neztrácí tak k němu citovou vazbu. Sídlo komunity se nachází v oblasti Smetanova Lhota, v areálu zámeckého parku se zámekem. V době vzniku zařízení pobývaly matky s dětmi ve společném pavilonu s mladistvými, v roce 2003 byl zřízen nový samotný dům AD Laura, určený již jen matkám a jejich dětem.

AD Laura má kapacitu devět míst, resp. devět samostatných ubytovacích jednotek (samostatný vybavený pokoj matky pro ni a její dítě/děti). Celkové vybavení domu plně koresponduje s potřebami cílové skupiny: na každém patře je k dispozici společná koupelna a toaleta s příslušenstvím pro děti (vanička, nočník, přebalovací pult), kuchyňka s patřičným vybavením pro přípravu pokrmů, dále společná jídelna, která se nachází dole v přízemí (stravují se zde i mladiství). V domě k také dispozici odpočinková místnost s TV a videem, herna pro děti (dětský koutek) s hračkami a venkovní oplocené hřiště s prolézačkami a pískovištěm.

³⁷ aktuálně např. běží (v rámci projektu Slunečnicová zahrada) „Posilování jemné a hrubé motoriky, koordinace pohybů v rámci pohybových aktivit“ určené pro skupinu rodičů a dětí, realizované pod vedením týmu CPR v prostorách Studia Na Skok

Cílovou skupinu tvoří těhotné ženy závislé na drogách (podle informací sociální pracovnice TKK se nejčastěji jedná o heroin, pervitin či subutex), věk v tomto směru však není rozhodující. Dále je léčebný program TKK určen pro drogově závislé matky s dětmi (lze mít jedno i více dětí), pro matky-uživatelky se soudně nařízenou léčbou a pro matky, jimž bylo dítě odebráno z péče na základě soudního rozhodnutí či soudem nařízeného předběžného opatření (zde je nutná spolupráce s OSPODem).

Pro klientky žádající o pobyt v TKK je podle informací sociální pracovnice charakteristické několik následujících faktorů: klientka již předtím byla v jiné léčbě bez dítěte (zpravidla v ambulantním programu: CPR Drop-in, DST Sananim, který funguje jako vstupní filtr pro přijetí na Karlov, či v ústavní léčbě v PL Bohnice apod.) či byla v léčbě i společně s dítětem, což je možné např. v Dětském centru (bývalém KÚ při FTN Praha Krč), kam byla klientka odeslána příslušným kontaktním centrem či přímo porodnicí a kam mohla za dítětem pravidelně docházet a pobývat s ním za účelem zácvičku (v péči o dítě), pro který se rozhodla buďto dobrovolně či na základě soudního rozhodnutí. Jako další pro klientky charakteristické faktory vystupují: klientka má dítě; partner je často ve vězení; dítě bylo klientce odebráno; typické jsou zdravotní problémy - gynekologické a stomatologické a nakažení virovou hepatitidou C (HVC); převaha abúzu opiátů; nespolupráce rodičů klientky; průměrný věk 29 let; četné potraty a adopce; chybějící mateřský vzorec (dítě nechtěné, vytváření vztahu k němu); psychická trauma z minulosti (zneužívání, domácí násilí trpěné ze strany partnera; požadavek doléčování z důvodu vracení dítěte do jejich péče; a neexistence vlastního zázemí (bytu) pro sebe a své dítě.

Při vstupu do léčby v TKK je nutné dodržovat 5 (+1)³⁸ kardinálních pravidel komunity, jejichž porušení je sankcionováno. Jedná se o následující pravidla: 1) čistota, 2) zákaz fyzické agrese a psychického nátlaku, 3) přijetí terapie komunity Karlov, 4) podřízení se rozhodnutí skupiny v týmu, 5) zákaz sexuálních kontaktů a nevytváření partnerských vztahů v komunitě, 6) matka zodpovídá za své dítě.

Tým TKK sestává ze sociální pracovnice, kvalifikovaných vychovatelek, speciálního pedagoga, psychologa, psychiatra a psychoterapeuta. Zdravotní péče o matky a děti je zajištěna spoluprací s externími lékaři v obci Čimelice (praktický lékař,

³⁸ těchto pět kardinálních pravidel je společných pro léčbu mladistvých klientů v TKK

dětský lékař) a v Písku (gynekolog, rehabilitace v rámci rizikové poradny, hepatální poradna, nemocnice – dětské oddělení/ oddělení dětské neurologie, logopedie).

Dle ZSS č. 108/2006 Sb. musí klientky na své ubytování a stravu částečně přispívat, a to ve výši 15% ze svých celkových měsíčních příjmů (což se zpravidla pohybuje v rozsahu 800-1700 Kč). Další náklady vznikají s potřebami péče o dítě i o sebe (např. mléčná strava, oblečení, plenky, hygienické potřeby, léky, cesty k lékaři aj.), a ty si klientka též hradí sama (celkově to vychází cca na 5000-5900 Kč, kterými pro tyto účely musí klientka měsíčně disponovat). Za účelem vyjití s financemi si v rámci léčby každá klientka z povinnosti zakládá své zdravotní (10% příjmů měsíčně) a spořicí konto (25% měsíčních příjmů), ze kterého může v případě akutních potřeb čerpat. Na začátku léčby je též od klientky vyžadována určitá finanční rezerva, ze které si může pořídit další nutné vybavení pro dítě (kočárek, oblečení, lahvičky, dudlíky, pleny...).

Základním cílem léčby v TKK je „*integrace a plnohodnotné zapojení klientky – matky do běžného života, kde základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence.*“ (citace: informační leták TKK). Jako další cíle figurují: 1) větší odpovědnost klientů za své jednání a větší odolnost proti selhání, 2) získání základních sociálních a komunikačních dovedností, 3) osvojení si hygienických a pracovních návyků, 4) přijetí a poznání sebe sama, získání nadhledu na své dosavadní chování a na své možnosti a limity, 5) stabilizace klienta po stránce emoční a zdravotní, lepší psychická a fyzická kondice, 6) stabilizace sociální situace klienta. U cílové skupiny matek pak výše uvedené dílčí cíle znamenají: vytvoření pevného svazku mezi matkou a dítětem, přijetí role matky, výchova k partnerství a rodičovství, osvojení základních dovedností v péči o dítě, získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby, nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu.

Z hlediska dítěte se jedná o následující cíle: 1) zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení, 2) diagnostika zdravotního stavu dítěte a v případě potřeby zajištění jeho adekvátního léčení, 3) zajištění odpovídající výchovy a tím vývoje dítěte, 4) zajištění speciální péče o dítě v případě jeho speciálních potřeb (zdravotní evtl. jiné postižení). Podle informací sociální pracovnice TKK lze také vysledovat typické problémové okruhy týkající se dítěte pobývajícího na Karlově: získání dítěte na Karlov (se zásadní spoluprací DST Sananim); aklimatizace dítěte v novém prostředí; zajištění finančních prostředků matce, aby mohla pokrýt náklady spojené s péčí o dítě; navázání

vztahu s dítětem a jeho postupná stabilizace; získání pravidelného režimu pro dítě i matku (s ohledem na potřeby dítěte a probíhající léčbu matky); řešení zdravotních potíží a zvýšené nemocnosti dítěte³⁹; podpora psychomotorického rozvoje dítěte; naučit matku rozpoznat potřeby dítěte; uspokojit potřeby a rozvíjet dítě; zajištění právního statusu dětí; skloubení náročné péče o dítě s drogovou léčbou (obě oblasti jsou pro TK zásadní). Putnová zdůrazňuje, že *„aby se všechny okruhy zvládly, domlouvá se u každého dítěte individuální postup jeho pobytu na Karlově a zapisuje se pravidelný měsíční souhrn pokroků a změn.“* (Putnová, interní materiály).

Samotná léčba trvá v 8-12 měsíců a je členěná do čtyř fází, odstupňovaných podle vzrůstající odpovědnosti, která je na klientku postupně kladena, čímž se dotýčná přibližuje normálnímu životu bez drog. Pro léčbu je důležité dobrovolné rozhodnutí samotné klientky. Ta má právo kdykoliv z Karlova odejít a léčbu ukončit - pokud je však ve hře dítě, nesmí odejít s ním, neboť to zůstává pod ochranou státu. Nultá fáze trvá dva týdny. Je určena k postupné adaptaci na nové prostředí – resp. na ostatní klienty, tým, celkový režim komunity, pravidla a podmínky léčby (např. klientka po přijetí povinně vedle jiných dokumentů odevzdává mobilní telefon a peníze do kanceláře, její osobní věci jsou důkladně prohledávány, nesmí se vzdalovat z areálu bez doprovodu terapeuta či klienta ve třetí fázi, nesmí telefonovat, ani psát a přijímat dopisy). S orientací v novém prostředí klientce pomáhá určený garant (člen týmu) a „starší sestra“ (klientka ve druhé fázi léčby). Klientka nacházející se v nulté fázi se účastní životopisné skupiny (kde vypovídá o svém životě) a společně s garantem pracuje na svém „celkovém plánu léčby“ (plán trvalého pobytu v TKK – na čem chce klientka pracovat, kdy je s tím nejlepší začít atd.). Přestup do další fáze probíhá na ranní komunitě a je zpečetěn podepsání smlouvy o léčbě v TKK.

V první fázi s rozsahem 3-4 měsíce je kladen velký důraz na aktivitu klientky (ve smyslu povídání o sobě, vyjadřování se k záležitostem týkajících se komunity), která se účastní dynamické skupiny, dávající prostor pro aktuální situaci a problémy. S garantem konzultuje klientka svůj „měsíční“ a „finanční“ plán, z hlediska sociálních věcí si musí vyřídit finanční příjem, zařídit a oběhat si všechny doklady, pokud některé nejsou v pořádku, zjistit si případné dluhy a trestní stíhání. Klientka je pobízena aktivně řešit svou sociální situaci a to s podporou odborné pracovnice TKK. Zároveň je klientka

³⁹ co se např. týče FAS, NAS u dětí klientek

aktivizována z hlediska pracovní činnosti přímo na Karlově – přijímá role a služby, které se v pravidelných intervalech obměňují a jsou povinné pro všechny klienty, např. pomoc v kuchyni (tzv. „trojka v kuchyni“), starání o zahradu (tzv. „zahrádkářka“), funkce pomocné vychovatelky (pečující o děti v době povinných pracovních bloků po dobu dvou týdnů), starání se o dům a úklid (tzv. „barákovka“). Klientka nacházející se v první fázi již může přijímat a odesílat poštu, telefonovat, to ale pouze v doprovodu klientky ve 2. a 3 fázi, dále může opustit areál, požádat o mimořádný výjezd mimo komunitu, může mít návštěvu na TKK. Jako motivace ke splnění zadaných „sociálních“ úkolů a zároveň podmínka pro přestup do další fáze léčby se osvědčilo udělování tzv. „sociálního certifikátu“, který obdrží každá klientka od sociální pracovníce na základě splnění všech zadaných úkolů v sociálních věcech (zařízené doklady, zjištěné dluhy, splněné funkce – služby v TKK, účast na dynamické skupině). Na přestup do další fáze jsou tři pokusy, o přestupu rozhoduje celá komunita, a pokud třikrát rozhodne negativně, musí klientka léčbu v TKK ukončit.

Klientka nacházející se ve druhé fázi by měla zůstat stále aktivní, co se týče komunikace - povídání o sobě, svých pocitech a problémech před skupinou, a navíc v tomto směru pomáhat také ostatním - nově příchozím (nacházejícím se v mladších fázích léčby). Dále by měla umět rozpoznat, co jí způsobuje chuť na drogy (pracovat na své abstinenci a urovnat si svůj postoj k drogám) a být celkově vzorem ostatním v mladších fázích (a to z hlediska dodržování pravidel TKK a režimu). Dále by klientka měla postupně zvažovat, co bude dělat a kam půjde po léčbě (domů, vlastního bytu, zpět k rodičům/příteli, do chráněného bydlení, školy, práce). Svůj volný čas již může trávit mimo areál komunity – absolvuje postupně tzv. malá a velká opuštění a samostatné výjezdy, které slouží jako vystavení se rizikům drogového prostředí vně komunity. Klientka v druhé fázi může také přijímat návštěvy přímo na Karlově, ta může na Karlově zůstat celý víkend. K povinným funkcím týkajícím se práce na Karlově nově přibyla: „šéfová domu“, „zdravotník“. Na přestup do třetí fáze jsou opět k dispozici tři pokusy a shrnuje se před celou skupinou, která dává klientce reflexe. Je zapotřebí mít opět sociální certifikát, vydaný sociální pracovníci na základě splněných funkcí a povinností (návštěvy, výjezdy, jiné sociální věci).

Závěrečnou část léčby v TKK tvoří třetí fáze, která trvá již jen 4-6 týdnů. V této fázi se nachází klientka, která si již dokázala vyřešit spousty problémů, zaujímá jasný postoj ke své abstinenci a dokázala úspěšně čelit rizikům spojeným s výjezdy mimo

areál komunity. Tato část léčby slouží k celkovému osamostatnění a přípravě na odchod z TKK. Klientka je maximálně samostatná ve vyřizování všech úředních záležitostí (např. jednání s úřady, lékaři, doléčovacím centrem, sháněním práce), může se však v případě potřeby kdykoliv obrátit na sociální pracovníce. Charakter třetí fáze ovlivňuje věk dítěte klientky a typ péče, kterou potřebuje. Z tohoto hlediska vznikají různé modely, jak lze třetí fázi úspěšně absolvovat: 1) dítě předškolního věku dochází do mateřské školy v nedaleké obci Čimelice, zatímco matka po dobu čtyř týdnů dochází ve všední dny na osm hodin do práce – tu si je povinna sama zařídit nejpozději 14 dní po přestupu do třetí fáze; 2) starší dítě, již nevyžadující intenzivní kontakt s matkou, může po dobu matčiny brigády (na šest hodin denně po dobu deseti dnů v měsíci) hlídat jedna z klientek-matek přímo na Karlově; 3) dítě mladší než předškolák, vyžadující intenzivní péči matky, zůstává na Karlově spolu s ní, a to v maximální míře, jak to jde – matka za prací ani brigádou neodjíždí mimo areál TKK, účastní se pouze dopoledních pracovních bloků s ostatními klientky komunity a odpoledne se již vytváří svůj program (kromě povinných skupinových sezení) a sama hlídá své dítě. V závěrečné fázi má klientka své peníze u sebe, oznamuje výjezdy mimo TKK, musí povinně absolvovat pětidenní výjezd, kdykoliv může telefonovat a chodit spát. Sepisuje si týdenní plán, který následně konzultuje se sloužícím terapeutem. Ukončení třetí fáze i celé léčby je slavnostně zakončeno tzv. slavnostním rituálem, na který si klientka může pozvat své blízké, a společně tak oslavit svůj úspěch.

Doléčování představuje stejně důležitý prvek jako samotná léčba – pomáhá klientce s adaptací na život a jeho podmínky po odchodu z TKK např. při pomoci ve věcech práce, bydlení, vyřizování sociálních věcí, odolávání drogám a chutím na ně. Klientka se může doléčovacího programu účastnit ambulantně či využít chráněného bydlení. V tomto směru TKK úzce spolupracuje s dalším sananimským programem: DC Sananim – Chráněné bydlení, k dispozici jsou však klientkám také kontakty na další doléčovací centra. Žádost k chráněnému bydlení je třeba podat nejpozději tři měsíce před plánovaným nástupem v závislosti na typu doléčovacího centra. Pro první nájem a stravu je třeba mít alespoň 4000 Kč sloužící jako finanční rezerva.

Léčebný program pro matky-uživatelky drog je rozvržen do pravidelných týdenních bloků se členěním do denních programů. Základem je skupinová práce podpořená individuálními konzultacemi, pracovní terapie, péče o dítě a volnočasové aktivity. Ranní samořídící skupina (pátek) a technické ranní komunity (denně) probíhají

společně s mladistvými, dynamická skupina probíhá odděleně (pondělí, středa), interakční skupina řešící vztahy v komunitě probíhá společně (úterý), otevřená skupina probíhá odděleně (pátek), hodnotící komunita pobíhá společně (neděle). Denní program je maximálně uzpůsoben možnostem léčby matky i možnostem plnohodnotné péče o dítě. V tomto směru jsou respektovány potřeby dětí různého věku a jejich individuální rytmus.

TKK využívá služeb odborných vychovatelek (14 hodin denně), které matkám pomáhají s osvojováním rodičovských dovedností a zaškolováním do péče o dítě (výchova dítěte, příprava stravy a zdravotní péče o dítě) a s péčí o děti v době povinných terapií. Pro starší děti předškolního věku je zajištěn pobyt v MŠ, se kterou TKK spolupracuje od svého vzniku (dle údajů informačního letáku TKK tuto školku v letech 2001-2010 navštěvovalo 25 dětí TKK). Děti jsou do školky odváženy z areálu TKK přímo autem, a to pod dohledem personálu a matky. V oblasti rodičovských záležitostí je matkám určena skupinová psychoterapie, dávající prostor k řešení problémů v oblasti mateřství a rodičovství, v oblasti drogové minulosti apod. Péče o tuto specifickou klientelu na Karlově dále obnáší: noční pohotovost terapeutů, denní konzultace a pravidelné konzultace s garantem, sledování vývoje dítěte a vedení odborné dokumentace, individuální práce na vztahu matky a dítěte pomocí metody VTI⁴⁰, využívané podle aktuálních potřeb matky a dítěte. Dále péče zahrnuje: podporu vztahu mezi matkou a dítětem za pomoci masáže dětí (probíhá dvakrát do měsíce pod odborným dohledem), poradenství pro těhotné a kojící přímo na Karlově, spolupráce s logopedem (externě v Písku), běží také skupina zaměřená na vztah matek s dětmi a s tím související témata (vždy jednou týdně).

3.2.2 Sociální práce s klientkou – matkou uživatelkou drog - v TKK

Sociální práci v TKK se věnují dvě sociální pracovnice, které pracují na pozici terapeut-garant klientů a pomáhají s vyřizováním sociálních věcí jak mladistvým klientům, tak i klientkám matkám. Podle Putnové (2009, s. 91) navazuje práce s klientkou v TKK na předešlou práci započatou v DST Sananim, který funguje jako vstupní filtr a podle závažnosti případu vytváří poradník zájemkyň o léčebný pobyt

⁴⁰ terapeutická metoda „Videotrénink interakcí“ na podporu komunikace mezi matkou a dítětem

v TKK. Tamní sociální pracovnice DST Sananim klientce pomáhá s vyřízením dávek peněžité pomoci v mateřství (PPM), pokud dříve pracovala. V případě, že nikdy nepracovala, je třeba se přihlásit na úřad státní sociální podpory - příslušný ÚP - a požádat o dávky v nezaměstnanosti a dále také požádat o dávky hmotné nouze (příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení). Z dávek státní sociální podpory (SSP) má klientka prvorodička také nárok na porodné ve stanovené výši. Kromě těchto sociálně-právních věcí DST pomáhá klientce s podáním žádosti a jejím přijetím do DC KÚ Krč ve spolupráci s OSPODem na zácvik, po jehož absolvování je matka připravena k péči o dítě a společnému nástupu s ním do TKK.

Vyřizování záležitostí s OSPODem – nultá a první fáze v TKK: podmínkou příchodu do TKK je předchozí splnění ústavní detoxifikace a vyřízení základních dokumentů, týkajících se dítěte (občanský průkaz OP, karta pojištěnce, očkovací průkaz, rodný list dítěte, rozhodnutí soudu o pas, rozhodnutí soudu o svěřením dítěte do péče /v případě rozvodu/ a evtl. výši alimentů). Klientka musí mít dále k dispozici zprávu z pediatrického vyšetření ne starší 14 dní před nástupem do TKK, příslušnou zprávu ze zařízení, kde dítě před TKK pobývalo (např. z DC KÚ při FTN Krč) a propustku vypracovanou ve spolupráci s OSPODem k pobytu na Karlově.

Společný pobyt matky s dítětem v TKK není podmíněn svěřením dítěte do její péče. Jedná se např. o případ, kdy bylo dítě na základě předběžného opatření soudu či soudního rozhodnutí matce odebráno a následně umístěno do NRP či ústavní péče (DC KÚ) apod. Tento případ se týká 50% klientek TKK (viz leták TKK). Matky tedy mohou být do TKK přijímány i s dítětem, i když nejsou jejich zákonným zástupcem. K uskutečnění pobytu dítěte v TKK společně s matkou je však nutný souhlas OSPODu, který ve spolupráci s KÚ dává dítěti propustku, či souhlas jiného zástupce dítěte (např. prarodiče), který na základě konzultace s OSPODem vydává dítě do TKK na vlastní odpovědnost. Z tohoto hlediska udržuje TKK neustálý kontakt se sociální pracovnící OSPODu, která má případ klientky na starost. To, jak klientka v léčbě postupuje a spolupracuje, pracovnice OSPODu pravidelně sleduje, a dostává ze strany TKK průběžné zprávy o prospěchu dítěte (vypracované na základě informací od vychovatelky, dětské lékařky, speciálního pedagoga, psychologa a psychoterapeuta). Pro matku a její budoucí převzetí dítěte do vlastní péče je žádoucí, pokud OSPOD dostává pozitivní zprávy, vidí klientčiny pokroky a může se o tom osobně přesvědčit např. návštěvou klientky přímo v léčebném prostředí na Karlově.

Vyřizování státní sociální podpory a dávek HN – první fáze: hned po nástupu klientky do léčby ji pracovnice pomáhá vyjednat všechny nejnnutnější záležitosti týkající se sociálně-právní problematiky, např. převodu a zaslání rodičovského příspěvku (RP) do TKK, pokud má dítě ve své péči. Pokud je dítě formálně v péči jiné osoby či ústavu a v TKK pobývá na propustce, nemá matka na RP nárok a může pobírat pouze přídavek na dítě (odstupňovaný podle věku dítěte), který si do TKK též lze nechat přeposlat z KÚ či od daného zástupce dítěte.

Vyřizování dluhů – první fáze a dále: dalším článkem sociálně-právních záležitostí klientky je pomoc při zjišťování dluhů, o jejichž existenci a výši klientka podle Putnové (2009, s. 92) často vůbec neví a dovídá se o ni prvně až v souvislosti s dojednáním dosílky pošty do TKK z městského úřadu (MÚ), kde má hlášeno trvalé bydliště. Vhodný postup, jak s klientkou po zjištění existence a výše dluhů v TKK pracovat, popisuje Putnová následovně: *„Vzhledem k tomu, že naše klientka [klientka TKK] má dluhů mnoho, snažíme se ji naučit, jak situaci řešit. Zpočátku je přesvědčena, že dluhy není třeba se zabývat, protože je má už delší dobu a zatím se nic nestalo. Společně tedy probíráme varianty toho, co se stát může, když se jim věnovat nebude, zda není lepší zjistit, kolik dluží, a začít pomalu splácet.“* Putnová dále uvádí, že je dobré klientku motivovat k pozastavení paušálních příkazů, zmapování postupné výše dluhů u jednotlivých institucí (mobilních operátorů, dopravních podniků, zdravotních pojišťoven a společností, od kterých si vzala půjčku) a s pomocí odpovídajícího garanta (a sociální pracovnice) začít vytvářet finanční plán a postupně splácet dluhy především tam, kde je splácení urgentní a jejich výše masivní (jako reálná výše měsíční splátky je považována částka 200-300 Kč), případně si požádat o odklad. Cílem je dát o sobě dlužným společnostem vědět a vyvarovat se tak případnému zásahu exekutora.

Vyřizování trestu obecně prospěšných prací – první fáze: v případě, že má klientka uděleny obecně prospěšné práce, které z důvodu pobytu v TKK nemůže vykonávat, je třeba požádat o roční odklad. Klientka je motivována k tomu, spojit se s Probační a Mediační službou (PMS) a daný odklad si vyřídit. Pracovnice TKK klientce dále pomáhá zjistit další případné tresty či hrozící trestní stíhání, o kterých z důvodu dostatečné neinformovanosti nevěděla a neví, a zabránit tak k případnému odsouzení k nepodmíněnému trestu.

Zajišťování si práce/ brigády – konec druhé fáze, začátek třetí fáze: v rámci povinného pracovního bloku ve třetí fázi je klientka povinna dojednat a zařídit si

pracovní místo podle stanovených kritérií daných věkem a potřebami dítěte (viz podkapitola 3.2.1., s. 52), při čemž ji může vypomáhat odpovídající garant či sociální pracovníce. Pokud má klientka v péči dítě předškolního věku, dojednává si ve spolupráci s pracovníci TKK docházku dítěte do MŠ Čimelice.

Zjišťování pracovního místa po ukončení léčby v TKK-třetí fáze, doléčování: v rámci této fáze si je klientka povinná zjišťovat pracovní možnosti v místě trvalého bydliště či v jiném městě, pokud má jasno, kam chce po ukončení léčby v TKK jít. Klientka dochází na pravidelné konzultace a sjednané termíny schůzek na příslušný ÚP, a z tohoto hlediska musí mít v pořádku své finanční záležitosti (finance i telefon již může mít u sebe), neboť si veškeré výjezdy spojené se zařizováním sociálních či jiných věcí hradí ze svých peněz (pokud to komunita odsouhlasí, může jí být poskytnuta půjčka z rezervy).

Zajišťování si bydlení po ukončení léčby a pracovního místa - třetí a doléčovací fáze: v poslední třetí fázi pomáhá klientce pracovníce TKK s vyřizováním žádosti o sociální byt či s hledáním dalších možností vhodného budoucího bydlení po ukončení léčby. Další spolupráci s klientkou Putnová (2009, s. 92) charakterizuje následovně: „*Domlouváme, jak bude pokračovat se splácením dluhů, jak to bude v budoucnu s dětmi.*“ Velmi záleží na kvalitě spolupráce klientky s OSPODem, neboť na základě toho se odvíjí, zda jí bude dítě po léčbě navraceno zpět do péče. Podle informací Motyčkové-Pštrosové (2009, s. 90) žádají klientky o svěřeni dítěte do vlastní péče a o změnu předchozího rozhodnutí až několik měsíců po úspěšném ukončení rezidenční léčby v TKK a po absolvování prvních měsíců v doléčovacím programu.

4. Praktická část

4.1 Cíl šetření

Šetření praktické části spočívalo ve vypracování několika případových studií klientek, které vstoupily do léčebného programu jednotlivých výše popsaných zařízení (viz kapitola 3). Cílem tohoto šetření je na jednotlivých kazuistických příkladech poukázat na širokou problematiku, týkající se léčby uživatelék drog pečujících o dítě, z bio-psycho-sociálního hlediska, a na konkrétních případech⁴¹ doložit teoretickou část

⁴¹ viz kazuistické studie (příloha A)

této práce ve smyslu postojů a postupů sociálního pracovníka, který má daný případ klientky na starost.

Z důvodu nedostatku informací poskytnutých ze strany německého zařízení Karthause (z obavy šíření informací a porušení zásad etického kodexu) zahrnuje tato část jen kazuistiky klientek léčených v ČR (CPR Drop-in o.p.s. a TKK o.s. Sananim). Z vlastních pracovních zkušeností (jako FSJ) na stanici 27 Karthause však mohu např. říci, že postupy úřadů ve vztahu k dítěti (JA) v případě rozhodnutí o předběžném opatření jsou adekvátní s postupy OSPODu v ČR. Pokud klientka poruší zásady a pravidla léčby ve směru k dítěti (opakované relapsy, zatajení informací personálu, dlouhodobé zanedbávání péče o dítě), je jí dítě okamžitě odebráno a svěřeno do rukou státu. Personál v tomto směru jedná pohotově a zcela racionálně, nehledě na dosavadní vztahy s klientkou.

Kazuistiky klientek CPR Drop-in (č. 1, č. 2) především vystihují charakter práce s klientkou v jednotlivých fázích léčby, dále odpovědnou úlohu pracovníka-terapeuta, který hraje zároveň roli sociálního pracovníka a který musí být výborně znalý v možnostech intervence a nabídce dostupných služeb vhodných pro konkrétní situaci klientky. Pracovník vykonávající sociální práci v CPR jedná okamžitě, vybírá z možností léčby tu nejvhodnější, zvažuje vhodnost programu nabízeného CPR a klientku evtl. odesílá do jiných zařízení, aniž by s ní ztrácel kontakt a ukončoval spolupráci.

Případové studie druhé a třetí klientky CPR (č. 2, č. 3) ukazují, jak tíživé mohou být podmínky léčby klientky, i když má o ni zájem a je značně motivovaná, pokud setrvává v rizikovém prostředí drog (udržuje kontakty s uživateli) pro abstinenci zcela nepříznivém či v prostředí nepříznivých rodinných vztahů, které klientce nedovolují se osamostatnit, vymanit ze závislosti na autoritě a postavit se tzv. na vlastní nohy (důležitost sociální práce, psychoterapie).

Kazuistika klientky TKK Sananim (č. 4) podrobně vystihuje činnosti sociální pracovnice v jednotlivých fázích léčby, popisuje stěžejní kroky, které je třeba při sociální práci provést, a zároveň ukazuje, jak je i pro silně motivovanou a abstinující klientku těžké obstát při některých životních situacích, pokud by nezměnila náhled na svou situaci a nezačala se k problémům stavět jinak (důležitost psychoterapie, skupinová terapie).

4.2 Metody šetření

Pro získání požadovaných informací byla zvolena metoda analýzy údajů a informací získaných z patřičné dokumentace (resp. nahlédnutím do kartotéky a programů evidujících klientky v PC⁴²), dále prostřednictvím rozhovorů s příslušným pracovníkem zařízení, který má či měl případ dotyčné klientky na starost (ve formě konzultací), a v neposlední řadě formou náslechu při sociální práci. K pochopení kontextu celkové problematiky výzkumného šetření napomohly také vlastní zkušenosti, získané během hospitace ve vybraných zařízeních.

4.3 Cílová skupina - sledovaný soubor jedinců

Šetření se zaměřuje na soubor vybraných klientek – uživatelék drog, pečujících o dítě v době protidrogové léčby probíhající jak ambulantní formou (tři klientky CPR Drop-in), tak formou dlouhodobé rezidenční péče (jedna klientka TKK Sananim). Výběr byl proveden na základě porady a společné domluvy s odpovídajícím pracovníkem daného zařízení. Byť se životní příběhy sledovaných klientek od sebe přirozeně liší z hlediska samotné osobnosti, její struktury, rozdílných životních zkušeností a věku, už odlišná forma léčby (ambulantní versus rezidenční princip), do které se zapojily, vyžaduje dívat se na každý případ jako na ojedinělý. Přesto lze nalézt mnoho faktorů, které jsou pro příběhy sledovaných klientek společné a pro uživatelky drog i jaksi charakteristické.

Pro vybraný soubor klientek jsou typické následující faktory: 1) užívaná látka: pervitin (intravenózní způsob podání, zkr. i.n.), 2) průměrný věk: 28 let, 3) nezralá osobnost klientky-matky (z hlediska přijetí rodičovské role a rodičovské péče), 4) vliv sociálního prostředí (parta, partner, rodiče), nevytvoření hranic a vytyčení rolí v rodině, 5) nesamostatné bydlení a nestabilní zázemí (zpravidla bydlení s rodiči či jedním z rodičů), 6) výchovu dítěte přejímá babička, 7) znatelný vliv partnera na drogovou kariéru klientky (partner-uživatel), 8) výběr partnera podle osobnosti svého otce

⁴² pro tento účel využívají pracovníci CPR Drop-in např. program TurboAsistent SQL (program pro vedení zdravotnické dokumentace a vyúčtování provedené zdravotní péče v ordinaci ambulantního lékaře)

(psychické problémy, alkoholismus), 9) prvorodičky, časté potraty, 10) psychické potíže (deprese, úzkosti, suicidální tendence)

4.4 Výsledky šetření – Závěr

Z provedeného šetření a rozboru jednotlivých kazuistik vyplývá několik následujících okolností: průměrný věk vybraných klientek v době navázání kontaktu s CPR Drop-in (viz kazuistiky č. 1, č. 2, č. 3) činí 20 let a v době porodu 21 let. U dvou klientek CPR (č. 2, č. 3) činí průměrný věk při jejich vstupu do léčby v TKK (uskutečněné za pomoci a spolupráce CPR Drop-in a DST Sananim) 23 let. Klientka TKK Sananim (č. 4) naproti tomu do léčby terapeutické komunity nastoupila (skrze zařízení DST Sananim) ve svých 29 letech – ovšem z hlediska toho, že se jednalo o její prvoléčbu, lze považovat její případ za ojedinělý (bude dále vysvětleno u příslušné kazuistiky č. 4)

De facto u dvou ze tří případů (kazuistika č. 1, č. 3) figuruje CPR jako první léčebné zařízení, pro jehož služby se dotyčné vůbec rozhodly, a to až ve vztahu ke svému těhotenství či porodu. Průběh léčby jedné z klientek CPR (č. 2) silně ovlivnila její předchozí zkušenost s jinými než ambulantními formami péče či zkušenost s detoxem, které v minulosti podstoupila kvůli sobě, tedy nikoliv v souvislosti s dítětem (typ rezidenční péče v TK). Po skončení terapie v TKK požádaly dvě klientky (č. 2, č. 3) o doléčovací typ péče probíhající buďto formou ambulantního doléčování v CPR Drop-in (č. 2) či v rámci Doléčovacího centra Sananim s chráněným bydlením (č. 3). Stejně tak klientka TKK (č. 4), která se do komunity dostala skrze DST Sananim, je motivována k doléčování v rámci DC Sananim, byť svou léčbu v TKK ještě neukončila.

Z výše uvedeného vyplývá, že léčba nabízená v rámci jednotlivých zařízení není pro specifickou cílovou klientelu matek-uživatelky drog vždy stejně vhodná a velmi závisí na celkových okolnostech – vyzrálosti osobnosti, věku, vůli a motivaci, sociálním zázemím, než se z jedné formy léčby dá přejít k té druhé. Přirozeně vyžaduje ambulantní forma péče o klientky-matky uživatelské drog jiný přístup a nese s sebou jiná specifika práce, než forma péče v terapeutické komunitě, kam se již dostává klientka značně motivovaná a celkově vyzrálejší.

Jednotlivé kazuistiky dále ukazují, že úspěšná léčba mnohdy neznamená celoživotní abstinenci od drog a že mnohokrát více záleží na celkové psychice a

strukturu osobnosti klientky, jejím sociálním zázemím a vztahu s rodiči, příbuznými, kamarády či známými. Všechny z uvedených klientek se k drogám dostaly poměrně brzy, ještě v době povinné školní docházky, a často hrálo roli, v jaké skupině kamarádů se pohybovaly (partě), koho měly za partnery (často uživatelé drog) a jaké bylo jejich samotné sociální zázemí – resp. jaký charakter měly vztahy v rodině, přístup rodičů k výchově, zda se i v širším příbuzenstvu vyskytovaly závislosti (evtl. suicidálních tendencí).

U dvou klientek léčených v programu CPR Drop-in (č. 1, č. 2) sehrálo velkou roli samotné rodinné zázemí, vztahy s rodiči (nenávisť k otci, přílišná péče ze strany matky), vztahy mezi rodiči navzájem (podřízenost matky před otcem), nejednotná výchova či výskyt psychických obtíží a závislosti v širším příbuzenstvu (otec alkoholik, matka depresivní, úzkostná, přepečlivá). Byť byly klientky považovány za bezproblémové, průměrné žákyně a studentky a se školou výrazné problémy neměly (kromě horšího prospěchu), drogy začaly zasahovat do jejich života, přípravy na povolání (střední škola, učiliště), často z důvodu nemožnosti a neschopnosti řešit případné problémy jinak. Droga působila jako lék a dávala jistotu, které se jim ze strany nejbližších nedostávalo. A pokud toho droga schopna nebyla, nebránily si sáhnout na život.

U třetí z klientek CRP Drop-in (č. 3) se na drogové kariéře podepsal jak vliv party a okolí, do kterého se klientka dostala, tak i vztah s partnerem-uživatelem drog (též i u klientky č. 2 a č. 4), dále v tom roli sehrála její tendence věšet se na partnera a neschopnost být sama a samostatná. V případě klientky (č. 2, č. 4) sehrával při výběru partnera velkou roli vzor otce a tendence vybírat si muže podle něj, byť ho nemilovala, cítila k němu nenávisť či ho ani neměla možnost pořádně poznat.

Celkově lze tedy shrnout, že úspěšnost léčby se zvyšuje až při zapojení všech prvků bio-psycho-sociálního hlediska, tedy jak samotné psychoterapie a psychiatrie (v případě nezralé osobnosti matky a struktury její osobnosti), zdravotní péče (medikace, substituce, залéčení virových hepatitid, gynekologických problémů a předporodních prohlídek, předporodní příprava), tak především sociální práce (podpora k osamostatnění z ekonomického /práce/ a emocionálního hlediska /odstěhování/, podpora při vyřizování sociálních věcí způsobených drogovou kariérou, pomoc a podpora v jednání s úřady, vyřizování sociálních dávek, apod.), představující stejně důležitý bod jako samotná terapie či další možnosti intervence.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se snažila poukázat na problematiku specifické skupiny uživatelů drog, jakou představují matky a těhotné ženy s drogovou anamnézou, které se ve vztahu ke své závislosti a svému očekávanému či již narozenému, popř. z péče odebranému dítěti rozhodly podstoupit léčbu v nejrůznějších typech protidrogových zařízení. Nezávisle na systému protidrogové péče v ČR a v zahraničí se při léčbě této specifické skupiny uživatelek drog počítá s tím, že klientka vstupuje do léčby alespoň zčásti dobrovolně, na základě vlastního přesvědčení či v souvislosti s nařízením soudu, které jaksi vnitřně přijala.

V léčbě matek užívajících drogy a pečujících o dítě a ve změně závislého chování takových klientek figuruje dítě jako silný motivační prvek – matka tak může společně s dítětem vstoupit do léčby speciálních protidrogových zařízení, jaké právě představují terapeutické komunity TKK či Karthause, a to po splnění požadovaných kritérií (resp. detox, směřování k abstinenci, motivace ke změně závislého chování, touha mít či ponechat si dítě ve své péči, schopnost přijmout zodpovědnost rodičovské role a smířit se s rolí matky). V centru dění už tedy nestojí pouze klientka a její boj se závislostí, nýbrž samotné dítě. Jak v rámci českých nestátních protidrogových programů - zařízení CPR Drop-in a TKK Sananim, tak v rámci německého zdravotnického zařízení Karthause BKR - je v zájmu veškerých léčebných snah blaho dítěte a ochrana jeho práva, na jejichž dodržování stát hledí prostřednictvím příslušných orgánů (OSPOD, Jugendamt).

Bakalářská práce si klade za cíl nesrovnávat jednotlivá zařízení ani po stránce léčby, ani z hlediska její efektivity. Spíše naopak je cílem poukázat na to, že i když se v případě vybraných zařízení jedná o zcela odlišné formy péče fungující na různých léčebných úrovních (ambulantní versus rezidenční, státní zdravotnické zařízení versus nestátní organizace) a i když jsou taková zařízení různě právnicky ukotvena, lze u některých v souvislosti s terapií a sociální prací vysledovat velmi podobné strategie.

Při pohledu na zařízení komunitního typu TKK a Karthause je jasné, že se sociální pracovník v jednotlivých fázích léčby zaměřuje na podobné problémy a ve spolupráci s klientkou činí obdobné kroky, jaké představují např.: pomoc klientce při vyřizování žádostí o příslušné dávky, pomoc při zjišťování nároků na ně a jejich výši (ekonomické hledisko), dále pomoc při jednání s úřady (konzultace ohledně telefonátů na úřady či

jiné organizace), pomoc s vyřizováním žádostí o byt či jiné bytové prostory vhodné pro společné bydlení matky s dítětem po ukončení terapie, pomoc při jednání se soudními orgány a příslušnými úřady zabývajícími se rodinnou tematikou (sanací rodiny). Jak v TKK, tak v Karthause příslušná sociální pracovnice řeší klientčinu sociální situaci ve spolupráci s multiprofesionálním týmem, a to vždy podle aktuálních potřeb. Není nutná denní přítomnost pracovnice v zařízení - je v zájmu samotné klientky, aby si domluvila s pracovnící termín a podílela se aktivně na řešení své sociální situace. Určitý podíl na tom jistě má samotný charakter léčby a její podmínky, které musí klientka z hlediska úspěšnosti terapie a v zájmu ponechání dítěte ve své péči respektovat a tolerovat. Naproti tomu u zařízení CPR, jak již bylo v odpovídající kapitole naznačeno, se sociální práci musí zabývat každý z pracovníků-terapeutů, což přirozeně vyplývá z flexibility práce, která u ambulantního zařízení vyžaduje okamžité jednání ve prospěch klientky a nutnost neodkládat řešení na později (o to víc v případě, když se klientka nachází na počátku léčby a je v nepravdělném kontaktu s CPR).

Obě komunitní zařízení se od sebe odlišují svým umístěním a polohou ve vztahu k městu coby rizikovému drogovému prostředí, což zajisté přímo či nepřímo ovlivňuje průběh léčby a má tedy i vliv na vyřizování záležitostí spadajících pod oblast sociální práce. Klientky léčené v Karthause jsou během léčby více než klientky z TKK vystavovány rizikovému prostředí drog (blízkost centra města), kterému musí v rámci léčby čelit, mnohdy v souvislosti s řešením své sociální či zdravotní situace. Karthause v tomto směru chytře využívá služeb programu FSJ, resp. asistence dobrovolníka FSJ, a dále využívá dopravních služeb kliniky BKR (rozvoz pacientů mimo areál BKR). Např. v situaci, kdy klientka nutně řeší své sociální věci v terénu a je ještě na počátku léčby či má udělené sankce, může FSJ zastoupit personál a klientce v takovém případě asistovat a dohlížet tak na dodržování pravidel léčby. V TKK v takovém případě roli dobrovolníka FSJ či personálu přejímá jiná klientka, nacházející se v delší léčebné fázi, která se tak podílí na zodpovědnosti obou klientek.

Podmínky léčby v TKK jsou, co se materiálního zajištění a dostupnosti dalších organizací (úřady, lékaři) týče, v určité míře více ztíženy než podmínky léčby v Karthause. Klientka z TKK je během léčby daleko více chráněna před vlivem a riziky drog, neboť se nachází v jakémsi izolovaném prostředí cíleně směřujícím k abstinenci. Teprve v případě výjezdů mimo komunitu se klientka rapidně a intenzivněji vystavuje rizikům drogového prostředí než klientka Karthause. Pokud se jedná o zařízení CPR,

jehož poloha je situována nedaleko od centra hlavního města, jsou klientky běžně vystavovány drogovému prostředí. Pro cílovou skupinu je však CPR v tomto směru dostupnější a více kontaktní. Klientka pracuje postupně na své léčbě i sociální situaci, a to ve spolupráci s CPR a dalšími organizacemi, do kterých je prostřednictvím pracovníků CRP odesílána a motivována k tamní spolupráci.

Tendence využívat placených dobrovolných služeb na principu FSJ či dalších podobných programů s sebou automaticky přináší kýžené výsledky jak pro dané zařízení a jím nabízenou léčbu, tak pro samotného dobrovolníka, který si touto formou může nanečisto vyzkoušet různá odvětví sociálních služeb. Sociální politika SRN staví na podpoře takovýchto dobrovolných projektů, kdy jsou uspokojovány obě strany, což o formě dobrovolnictví, v jaké je v ČR praktikováno, říci nelze. Podmínky dobrovolnických služeb v ČR zpravidla splňují jen jedno z kritérií sociálního programu v duchu FSJ – resp. možnost vyzkoušet si nejrůznější formy sociálních služeb v praxi a nanečisto. Dobrovolnictví v ČR tedy nepředstavuje placenou formu práce. Při formaci a návrhu sociální politiky v ČR by se v tomto směru mělo hledět na programy stojící na principu FSJ, které by bylo vhodné aplikovat na český sociální systém.

Nehledě na výše nastíněné faktory, podle kterých se jednotlivá vybraná zařízení v SRN i v ČR od sebe odlišují, lze shrnout, že ať je léčba poskytovaná výše popsanými typy zařízení specializujícími se na cílovou skupinu matek-uživatelék drog úspěšná, neznamená to, že se musí zákonitě jednat o celoživotní abstinenci a vyléčení klientky. Vybrané kazuistické studie dokazují, že i při správné a okamžité pomoci sociálního pracovníka ve prospěch klientky dotyčná uživatelka drog v léčbě selhává, pokud je pravidelně a dlouhodobě vystavována dalším rizikům (špatné sociální zázemí, rodinné vztahy, psychické potíže, nezralá osobnost, stereotypní náhled na svůj život a problémy), které se na její závislosti podílejí stejně, jako se podílela sama droga.

Seznam literatury

Monografie a studie a závěrečné práce:

Bém, P.: Složky systému péče v ČR, v: Kalina, K.: *Mezioborový přístup II*, 2003, s. 154-156

Hošková, K.: *Centrum pro rodinu Drop-in, o.p.s.*, bakalářská práce, PedF UK Praha, 2009

Matoušek, O.: Služby pro lidi se závislostmi, v: *Sociální služby*, Praha 2007, s. 101-103

Minařík, J. - Nečas, V.: Drogová scéna v Čechách. Systém péče o uživatele drog (tabulka), v: *Psychiatrie pro praxi*, 2010; 11 (1), s. 19 [cit. 2011-02-27]. Dostupný na [www: www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz), (staženo dne 27. 2. 2011 ve formátu pdf)

Müllerová-Matoušek-Vondrášková: Sociální práce s uživateli drog, v: Matoušek (kol. autorů): *Sociální práce v praxi*, Praha 2005, s. 217-223

Nagel, M. – Siedentopf, J. P.: *Schwangerschaft-Sucht-Hilfe. Ein Leitfadens zum Casemanagement*, Charité Campus Klinikum, Berlin 2006

Navrátil, P.: Sociální práce, v: Kalina, K.: *Mezioborový přístup II*, 2003, s. 70-75

Pfeiffer-Gerschel, T. a kol.: *2009 National report* (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index111878EN.html>, staženo 28. 3. 2010 ve formátu pdf)

Pfeiffer-Gerschel, T. a kol.: Treatment systems, in: *2009 National report (2008 data) to the EMCDDA. Germany* (National focal point, Munich, July 2010), s. 75

Pfeiffer-Gerschel, T. a kol.: Organisations and quality assurance, in: *2009 National report (2008 data) to the EMCDDA. Germany* (National focal point, Munich, July 2010), s. 75-77

Pfeiffer-Gerschel, T. a kol.: Availability and diversification of treatment, in: *2009 National report (2008 data) to the EMCDDA. Germany* (National focal point, Munich, July 2010), s. 78-79

Pfeiffer-Gerschel, T. a kol.: Characteristics of treated clients, in: *2009 National report (2008 data) to the EMCDDA. Germany* (National focal point, Munich, July 2010), s. 79

Pětrošová, V. - Putnová, J.: Sociálně-právní aspekty práce s uživatelkami drog-matkami. v: *Ženy a drogy. Sborník odborné konference*, Praha 2009, s. 89-93

Putnová, J.: Terapeutická komunita Karlov Sananim, v: *Ženy a drogy. Sborník odborné konference*, Praha 2009, s. 91-93

Preslová, I.: Drogy, ženy a my, v: *Ženy a drogy. Sborník odborné konference*, Praha 2009, s. 11-14

Sedláčková, S.: Systém péče o uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice, v: Velemínský, Miloš – Žižková, Blanka (eds.): *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008, s. 153-162.

Sedláčková, S.: Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v ČR, v: Velemínský-Žižková: *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, České Budějovice, 2008, s. 297-306.

Sedláčková, S. - Žižková, B.: *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v ČR*. Dostupné z www: <http://www.dropin.cz/odborne-texty> (staženo 3.1.2011 ve formátu doc)

Sedláčková, S.: *Systém péče o ženy užívající návykové látky v ČR*. Dostupné z www: <http://www.dropin.cz/odborne-texty> (staženo 10.1.2011 ve formátu pdf)

Internetové zdroje:

Drop in, o.p.s. [online]. 2011 [cit. 2011-04-10]. Dostupný z www:

<http://www.dropin.cz/dropin.shtml>

Station 27 (Karthause) [online]. 2011 [cit. 2011-3-3]. Dostupný z www:

www.medbo.de/179.0.html?&type=98

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 [online]. 2010 [cit. 2011-6-15]. Dostupný z www:

<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=71880&tmplid=50> (staženo 15.6.2011 ve formátu htm)

Planert, M. (2011): „*Drogen Therapie*“, in: Wikipedie [cit. 2011-03-15]. Dostupný na www: http://de.wikipedia.org/wiki/drogen_therapie (poslední úpravy 15.3.2011)

Protidrogová strategie EU období 2005-2012, Rada Evropské unie, Úřad Vlády ČR, Odbor pro koordinace protidrogové politiky (staženo 10.6.2011 ve formátu pdf)

Sananim [online]. 2007 [cit. 2011-06-10]. Dostupný z www:

[http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-\(TKK\)/nasecile.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-(TKK)/nasecile.html)

Ostatní zdroje:

informační letáčky Station 27, BKR, Karthause

Konzept Station Karthause, Febtruar 2009, BKR

informací letáčky CRP Drop-in o.p.s.

Manuál CPR Drop-in o.p.s.

informační letáčky TK Karlov o.s. Sananim,

Manuál pro klientky TK Karlov o.s. Sananim, interní materiály sociálních pracovníků TKK

Seznam příloh

A. Soubor vybraných kazuistik

- kazuistiky klientek CPR Drop-in, o.p.s.
- kazuistika klientky TKK o.s. Sananim

B. Karthause

- fotografie zařízení Karthause z ulice Ludwig-Thoma-Strasse
- celkový plán léčby v BKR Karthause, Regensburg
- týdenní program léčby v BKR Karthause, Regensburg

A. Soubor vybraných kazuistik

Kazuistiky - CPR Drop-in, o.p.s.

1. *Anna, 19 let, Středočeský kraj*

návyky: pervitin

v léčbě CPR Drop-in od prosince 2010 (kontakt ve věku 18 let)

dítě: syn v předběžném opatření (3 měsíce v době nástupu do léčby)

S drogami má Anna zkušenosti sedm let. Již na ZŠ začala kombinovat marihuanu s alkoholem a cigaretami. S pervitinem začala ve 14 letech (inhalačně) a postupně přešla k intravenózní aplikaci (i.v.). Kvůli své komplikovanější povaze (introvertní typ, průměrný člen v kolektivu, úzkostnost, agresivita úměrně vzrůstající s abúzem drog, suicidální tendence, paranoia) a problémovému rodinnému prostředí (úzkostná příliš starající se matka podrobující se vůli otce, dominantní otec-alkoholik) navázala již na ZŠ kontakt s psychiatrií. Podle údajů klientky se v širším příbuzenstvu vyskytla také sebevražda, pobyt na psychiatrické léčebně, alkoholismus, což jistě přispělo k celkové patologii prostředí, ve kterém se klientka nacházela. Za středoškolských studií (obor cukrářka) začala spolu s kamarádkou propadat gamblingu a ze svých finančních zdrojů prohrála až dvě třetiny z celkové útraty na automatech.

Vzrůstající abúzus pervitinu (až ob den) vytvářel u Anny postupnou závislost (především psychickou: podrážděnost, strach, úzkost, únava) - drogu však Anna vnímala jako lék na své bolesti a dočasné vysvobození od problémů, sama se necítila úplně závislou. Přesto se mnohokrát pokusila o abstinenci (nikdy ne delší než půl roku). Před nástupem do léčby v CPR Drop-in již podstoupila dvě detoxikační kúry, dvakrát ukončila ústavní psychiatrickou léčbu a vzhledem ke svému věku byla odeslána také do TK Karlov (celkem třikrát!). Tamní léčbu však nikdy nedokončila. Odeslání OSPODem a vlastní rozhodnutí klientky změnit svůj dosavadní postoj k drogám ji v prosinci 2010 přivedly do zařízení CPR Drop-in. Hlavním podnětem k tomu byla touha omezit či přestat s užíváním drog, a to především kvůli sobě a svému zdraví, své rodině, příteli a svému tehdy tříměsíčnímu synovi (Anna brala pervitin až do porodu v září 2010).

V době kontaktování CPR žila klientka stále se svými biologickými rodiči, čerpala peněžitou pomoc v mateřství (PPM), byla na mateřské dovolené (MD) a starala se o svého malého synka.

Po navázání kontaktu se zařízením byla Anna automaticky zařazena do nízkoprahové fáze. Během prvních sezení byla provedena podrobná anamnéza (osobní, zdravotní, drogová, rodinná, sexuální, crimina), monitoring hepatitid, byl podepsán souhlas klientky s vedením dokumentace a pravidla CPR pro klienty. Postupně se objevily další problémové situace, jako třeba údaje o starším partnerovi-otci dítěte, aktivním uživateli, který Annu údajně bil, byl velmi agresivní a tehdy trestně stíhaný. Na základě dostupných zjištění byly zvažovány všechny možné způsoby intervence. Vzhledem k věku klientky a nepříznivému sociálnímu zázemí jako první přicházelo v úvahu odeslání klientky do TK Karlov. Problém spočíval v motivaci klientky, neboť ta již pobyt na Karlově třikrát neúspěšně absolvovala a měla tak bohaté zkušenosti. CPR tedy zvažovalo pobyt v DST Sananim, při zachování klientky v ambulantní péči CPR. Jelikož klientka spadala pod působnost o.s. Střep (který má na starost středočeský kraj), navázalo CPR spolupráci i s tímto zařízením. Z hlediska sociálního zázemí bylo třeba klientku stabilizovat a najít pro ni vhodné zázemí mimo rodinu, kde by mohla pobývat i s dítětem. Současně byla klientka pobízena řešit sama jednotlivé kroky s úřady, jako např. zjišťovat si pracovní možnosti na příslušném úřadu práce (Anna měla zájem o rekvalifikační kurz aranžérství), postupně si vyřizovat sociální dávky, zjišťovat dluhy apod. Klientka nebyla trestně stíhána, přesto kvůli drogám uvedla střety s policií. Byla v tomto směru odeslána na PMS za účelem dohodnout další možnosti se soudem, dále CPR zvažovalo Annu odeslat na příslušný Odbor sociální péče.

Anna byla stále evidována v nízkoprahové fázi, později se však odmlčela a CPR nekontaktovala. Od ledna 2011 se odstěhovala od matky do jiného města, do bytu ke své kamarádce, neboť zřejmě neplatila nájem. Z hlediska její situace se jevil TK Karlov stále jako nejvíce vhodný způsob řešení. Vzhledem k mladému věku Anny, faktu, že se nachází teprve na začátku léčby a že potřebuje podporu, ji bylo ze strany CPR nabídnuto dojíždět za ní přímo domů. Poslední kontakt s klientkou proběhl koncem března 2011.⁴³

⁴³ tyto údaje jsou zpracovány na základě informací získaných při hospitaci v zařízení CPR v dubnu 2011

2. Bára, 26 let, Praha

návyky: pervitin

v léčbě CPR Drop-in od června 2004, gravidní v době nástupu do léčby (porod leden 2005), (kontakt ve věku 20 let)

dítě: syn v předběžném opatření (6 let)

Bára začala s drogami na ZŠ. Tehdy kombinovala cigarety, alkohol a marihuanu. První zkušenost s pervitinem měla ve čtrnácti letech (aplikace inhalačně - tímto způsobem jej užívala poměrně pravidelně s frekvencí až ob den). K intravenóznímu způsobu užití se dostala ve svých 22 letech. Nejisté rodinné zázemí a nepříznivé vztahy mezi jednotlivými členy rodiny (pasivní a velmi pečující matka, ke které si Bára vytvořila silnou vazbu, dominantní a přísný otec, alkoholik, kterého naopak nesnášela; rozvod rodičů a soužití s matkou a jejím přítelem, se kterým si Bára nerozuměla), výskyt závislostí na alkoholu a drogách u širšího příbuzenstva a samotná povaha Báry, jejíž výkyvy zesiloval dlouholetý abúzus drog (nevyrovnanost, úzkost, strach, únava, podrážděnost), ji přivedly již v době studií na SŠ na psychiatrickou kliniku.

Drogu Bára vnímala jako lék na své bolesti a problémy, postupem času ale cítila zesílený dopad užívání drog na své zdraví. Bára se postupně cítila více závislou, opakovaně se pokoušela o abstinenci (nikdy však nevydržela déle než půl roku). Nevyrovnaná povaha a tíživý dopad konzumace drog přispěly k suicidálním pokusům (skok z výšky, otrava léky), ke kterým se Bára několikrát uchýlila. V době kontaktování CPR se u Báry projeví další zdravotní potíže – epilepsie (byla stanovena medikace). Před nástupem do zařízení CPR již měla Bára za sebou ukončenou ústavní psychiatrickou léčbu a léčbu komunitního typu. Jako hlavní důvod Bářina zájmu o služby nabízené CPR figurovalo její těhotenství (předtím již třikrát potratila), touha změnit samotný postoj k drogám především kvůli svému zdraví, svému očekávanému dítěti a své rodině.

Do programu CPR Bára vstoupila v červnu 2004 jako gravidní a abstinující. Dodnes je evidována v registru klientů. Tehdy žila stále u matky a jejího přítele, studovala, měla dvouletý vztah s otcem svého dítěte (aktivním uživatelem drog). Vzhledem ke svému těhotenství, nerozhodnosti, zda si dítě ponechat či ne, a své labilní povaze (nízké

sebevědomí) byla Bára ze strany CPR ihned zpočátku léčby maximálně podporována. Byla odeslána na psychiatrické vyšetření (po zjištění diagnózy F 41.2, F61, F191 byla navázána spolupráce s externím psychiatrem), gynekologicko-porodnické oddělení FN Motol a motivována ke spolupráci a účasti na rodičovské komunitě v CNP Drop-in. V případě rozhodnutí si dítě ponechat byla Bára motivována k léčbě v DST Sananim, a to při neustálém ponechání klientky v péči CPR, připraveného ji poskytnout dlouhodobou psychoterapeutickou pomoc a v akutních případech krizovou intervenci (telefonickou).

Po zkušenostech s předešlými typy léčby byla Bára postupem času rozhodnuta, pokud by to okolnosti vyžadovaly, podstoupit opět ústavní léčbu, a nastoupit společně s dítětem do TKK Sananim, chráněného bydlení či azylového domu. Do porodu syna (leden 2005) Bára s CPR dobře spolupracovala, účastnila se předporodní přípravy, konzultací (s frekvencí 1-2x týdně), párové terapie spolu s partnerem-otcem dítěte, která se jevila velmi přínosnou. Své relapsy (vliv sociálního prostředí-party, ze kterého se Bára nedokázala vymanit, a pro ni typická tendence řešit problémy útekem k drogám) řešila společně s Centrem a odpovídajícím psychoterapeutem. Po porodu byla Bára relativně stabilizována (po stránce psychické, bytové-společné bydlení s přítelem v garsonce), účastnila se aktivačního programu cvičení (hubnutí, vývojová psychologie, poporodní péče) přímo v CPR. Po roce zařazení do programu CPR přešla do tematické fáze (poporodní plán, konzultace 1x týdně).

Během terapie v CPR se jako problémové projevíly další okolnosti: dlouhodobé psychické obtíže (úzkosti, deprese, obsese), které Bára nedokázala zvládnout. Z akutní potřeby byla v červnu 2005 přerazena do péče psychiatrického sanatoria Horní Palata (VFN Praha 5) k ambulantnímu pobytu, přitom byla stále vedena v evidenci CPR. Nekontaktování centra a dlouhodobá absence na konzultacích v CPR daly po roce a půl spolupráce s Centrem podnět k ukončení její léčby s návrhem na vytvoření nového kontraktu od roku 2006 (přerazení do poradny-dispennární péče).

Během účasti na programu CPR (Integrace rodiny) prošla Bára jednotlivými fázemi léčby několikrát. Po dvou letech spolupráce s CPR se vracela zpět do předešlých etap (doléčovací fáze - růstová fáze - tematická fáze), nejčastěji z důvodů neomluvené absence na konzultacích, nerespektování dochvilnosti řádu a dalších pravidel Centra. Zintenzivnila potřeba větší frekvence návštěv (vícekrát týdně) v CPR. Z důvodu sílících komplikací týkajících se rodinných a partnerských vztahů (neshody s matkou, otcem

dítěte, tendence vyhledávat partnery podobné biologickému otci) se CPR v případě Báry uchýlilo k rodinné terapii a apelu (motivaci) na osamostatnění ve smyslu vlastního bydlení. Případné relapsy jako odpověď na nezvládnutou psychickou zátěž ze strany okolí měla vykompenzovat spolupráce s psychiatrickými zařízeními (RIAPS, Horní Palata), účast na tematické skupině zaměřené na rizikové chování vůči partnerům a pravidelné konzultace v CPR. Bára se postupně stabilizovala ve smyslu vlastního bydlení, nalezení uspokojivého pracovního místa, udržování přiměřeného vztahu s matkou a otcem dítěte, přesto se po dvou a půl letech účasti v programu CPR neubránila tendenci řešit problémy prostřednictvím návykové látky – nyní alkoholu. Zhoršily se také zdravotní problémy (epileptické záchvaty), v dubnu 2007 byla Bára hospitalizována jeden měsíc na PLB z důvodu abúzu alkoholu. Z důvodu rizika opětných relapsů CPR ještě intenzivněji motivovalo Báru k pobytu v TKK (Bára byla motivována již od počátku léčby v CPR, nikdy to ale nedopadlo), vypracovalo příslušné zprávy pro PLB a DST Sananim, jako přijímacího střediska do Karlova. V CPR byla Bára v doléčovací fázi. V září 2008 nastoupila do PLB a následně do TKK, kde byla od listopadu 2008 až do října 2009. Poslední kontakt Báry s CPR se uskutečnil v říjnu 2009, kdy byla Centrem doporučena do DC Sananim s chráněným bydlením. Bára se měla poté sama ozvat, jak se jí daří, ale neučinila tak. Byla přerazena do kartotéky – ambulantní formy.

3. Zuzka, 27let, Středočeský kraj

návyky: pervitin

abstinence 4,5 roku

v léčbě CPR Drop-in od roku 2006, od pol. roku 2008 doléčování (kontakt ve věku 22 let)

dítě: dcera v péči

Do styku s drogami přišla Zuzka na ZŠ ve třinácti letech, tehdy zkoušela s partou marihuanu, později začala experimentovat s pervitinem a školu postupně zanedbávala (vliv party), narůstaly problémy s docházkou a chováním, přednost dávala kamarádům - partě z tábora, se kterou hodně pobývala a užívala drogy, na které si sháněla peníze doma od rodičů (krádeží...). Zuzka bydlela s matkou, po ZŠ byla

dobrovolně přijata (na doporučení školy) do diagnostického ústavu, střídalo se u ní období abstinence a užívání pervitinu (intravenózně), do školy se pak už nevrátila, byla střídavě na útěku a v době nepřítomnosti matky pobývala doma, ve čtrnácti letech (do osmnácti) byla umístěna do ústavní péče (VÚ), kde dodělala základní povinnou docházku, dostala podmínku a začala se v Praze učit na servírku.

Stále brala drogy (i.n.), rozjela se jí žloutenka (VH), byla hospitalizována v nemocnicích, experimentovala s heroinem, de facto brala s přestávkami hlavně v době, kdy byla mimo instituce (VÚ). Po propuštění z VÚ se vrátila k matce, stále brala, případné psychické potíže (rozchod s přítelem) či nedostatek peněz řešila drogou, udržovala kontakt s původní partou uživatelů drog. V 19 letech se odstěhovala od matky, bydlela společně s přítelem-uživatelem, peníze na drogy získávala vykrádáním aut, časem se dostala k výrobcům drog-vaříčům, prodávala s nimi, bydlela s novým přítelem-jedním z nich, a tímto stylem žila po odchodu od matky pět let na ulici. S dalším přítelem se dostala do problémů s policií – za falšování a zneužívání platebních karet, přesto si tímto způsobem získávala peníze až do doby, kdy neplánovaně otěhotněla s novým přítelem. Po celou dobu těhotenství brala, cítila se závislou, peníze získávala ještě prodejem drog a udržovala kontakt s uživateli drog-výrobcí a hráči automatů za účelem zisku financí.

Podle slov Zuzky hráli v její drogové kariéře vždycky roli muži-uživatelé. Vždy musela být údajně s nějakým mužem, cítila se na něm závislá a bezradná. Někteří ji i bili. Začala s gamblingem. O abstinenci se nepokusila ani v době těhotenství – bála se, že by ji nevzali zpět do party, kdyby abstinovala. Brala sice méně, ale stále nitrožilně. Psychicky se cítila špatně – úzkosti, psychózy. Vůči ještě nenarozené dceři měla z hlediska braní drog často výčitky a pokusila se i o umělé přerušení. Otce dítěte nemilovala a toho, kterého chtěl, nemohla mít, neboť byl v kriminále. Udržovala kontakt s matkou, ta jí radila adopci, uživatelé kolem Zuzky jí radili potrat. Bydlela u matky, ale nemohla se jí ve větších záležitostech svěřit. Na CPR dostala kontakt přes kamarádku, kontaktovala zařízení Drop-in, a v roce 2006 vstoupila do programu „Integrace rodiny“ jako gravidní (jedna návštěva), byla odeslána na GPO za účelem vyšetření, po té porodila dceru, která byla po porodu umístěna na jednotku specializované péče (zvracela, známky abstinčního syndromu), a později umístěna do DC KÚ při FTN Krč, kam za ní Zuzka dojížděla na zácvik. Začala spolupracovat s DST Sananim, na jejich doporučení zažádala o pobyt v TKK společně s dcerou, podstoupila

detoxikační pobyt na PL Bonhnice, a následně vstoupila do programu TKK a po ukončení léčby získala místo v Doléčovacím centru Sananim-Chráněné bydlení. Stále byla evidována v CPR a udržovala s příslušnými pracovníky kontakt, cítila z jejich strany oporu a k nim důvěru, mohla jim sdělit citlivé informace. Zařadila se do programu tematických skupin, účastnila se akcí pro matky a děti a jiných společných programů. V tomto smyslu má ze strany CPR stále otevřené dveře, kdykoliv bude potřebovat.

Kazuistika - TKK o.s. Sananim⁴⁴

4. Iveta, 31 let, Praha

návyky: pervitin

v léčbě TKK od října 2010, plánované ukončení léčby v červnu 2011

dítě: syn ve vlastní péči (2, 5 roku v době nástupu na TKK)

Iveta začala brát drogy od patnácti let (pravidelně pervitin, denně, intravenózně) v době nástupu na střední školu. Vliv na to měl vztah se starším partnerem-uživatелеm. Později chvíli experimentovala s heroinem (3 měsíce, poprvé intravenózně), hodně kouřila a občas sáhla po marihuaně a lécích, vždy však nejvíce směřovala k pervitinu. Po celou dobu vyrůstala de facto s matkou (otec zemřel, když jí bylo šest let, alkoholik), která se se smrtí manžela-otce Ivety nevyrovnala a docházela kvůli tomu na psychiatrii.

Postupně se Iveta vyučila prodavačkou a prací si získávala peníze na potřebné dávky (brigádně – prodavačka v OC, později 13 let na letišti Praha), v čemž byla relativně samostatná. Matka o jejím vztahu k drogám poměrně dlouho nevěděla, proto u ní Iveta nacházela relativně dobré zázemí pro sebe, tak i později pro svého syna, narozeného v lednu 2008 (v roce 2000 prodělala Iveta jeden potrat, otec syna-uživatel drog-je zapsán v rodném listě (RL), spolu se ale nestýkají, nepravidelně vyplácí alimenty). Teprve po nástupu Ivety do léčby v DST Sananim v květnu 2010 (žádost podána v dubnu 2010) se dověděla matka pravdu a na základě toho ji vyhodila z bytu.

⁴⁴ kazuistika byla zpracována na základě informací získaných z dokumentace klientky v době hospitalizace v TKK v dubnu 2011, nezahrnuje tedy údaje následující po tomto měsíci

Iveta představuje ojedinělý případ v tom smyslu, že se na její drogovou anamnézu při porodu nepřišlo a dítě tak bylo uchráněno jinak zcela zákonitému zásahu sociální pracovnice z porodnice a příslušného OSPODu a svěřeno do vlastní péče matky. Iveta poměrně dobře a normálně fungovala – chodila pravidelně do práce, zajistila si péči o dítě v době, kdy pracovala (využila hlídání ze strany svého stejně starého bratra), a v době nástupu do léčby v DST Sananim začala využívat služeb speciální internátní školky (DC KÚ FTN Praha-Krč), kde syn mohl pobývat až do noci (na noc domů), neboť na svou matku se Iveta v tomto směru nemohla spolehnout. Iveta se nevyhýbala společnosti, nepociťovala žádné psychické potíže spojené s užíváním drog (toxická psychóza, suicidalita, problémy s odvykacím stavem).

Svou prvoléčbu započala v DST Sananim, kde pobývala vždy přes den od května do srpna 2010. Motivací jí byl syn. Abstinovala tři měsíce, přesto během léčby dvakrát relapsovala a léčbu nedokončila. Po ukončení léčby (na vlastní žádost) chvíli pobývala u matky, ta ji však zanedlouho opět vyhodila z bytu. Z důvodu neuspořádané životní situace i nadále využívala služeb internátní školky, zatímco docházela do práce. Trvalé bydliště měla hlášené na ÚMČ Praha. Nejisté sociální zázemí a chuť změnit svůj postoj k drogám ji ve spolupráci s DST Sananim přiměly k myšlence na pobyt v TKK společně se synem (žádost byla podána v říjnu 2010, jako důvod k nástupu do léčby v TKK byla uvedena neukočená léčba v DST Sananim). Před nástupem do TKK prodělala povinný detox na PL Bohnice (3 dny) a psychiatrické vyšetření (byla stanovena diagnóza: F 152 „poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií včetně kofeinu – syndrom závislosti“) a ihned po ukončení detoxifikace byla v říjnu 2010 rodinnými příslušníky přivezena do areálu komunity Karlov. Soudně bylo stanoveno předběžné opatření k odebrání dítěte, pokud by Iveta v TKK nespolupracovala.

Nultá a první fáze: říjen 2010 – únor 2011

Iveta byla zpočátku léčby velmi motivována, ale převládaly chutě na drogu. Z Ivetina pohledu se jako základní problém jevila dlouhodobá neléčená závislost v kombinaci s péčí o dítě a její celkově nezralá osobnost. Z toho důvodu byl návrh na pracovní plán (celkový plán léčby) následujícího rázu: pracovat na náhledu a motivaci k abstinenci, podporovat zralost klientky, podporovat rodičovské kompetence a stabilizaci situace syna a vztahu matka-dítě.

Sociální pracovnice TKK v případě Ivety postupovala následovně: z počátku provedla ve spolupráci s garantem Ivety příslušné formální záležitosti – zdravotní, osobní, rodinnou, finanční a sociální anamnézu, zjistila stav dokladů (OP, karta pojištěnce, RL), pokud by je neměla Iveta k dispozici, bylo nutné zažádat o jejich doslání do TKK. Dále Ivetě pracovnice napomohla zmapovat její stav financí a případné nároky na ně: Iveta měla nárok na pobírání rodičovského příspěvku na mateřskou dovolenou (MD), který jí následně preposílala matka, nárok na příspěvek na dítě (o který si zažádala), na sociální příplatek a vyplácení alimentů od otce (opět by je Ivetě preposílala matka do TKK). Sociální pracovnice se také zaměřila na případné Ivetiny dluhy: byly zjištěny dluhy u pojišťovny, MHD, půjčky v celkové výši do 50 000 Kč a následně byl stanoven splátkový kalendář (ve výši 1000 Kč měsíčně). Stejně tak se sociální pracovnice zaměřila na to, zda Iveta nemá právní problémy jako trestní stíhání, udělení obecně prospěšných prací, udělení podmínky či soudní nařízení léčby. Ve všech případech nebyly zjištěny pozitivní informace. V listopadu však byla obviněna z pronevěry peněz, sociální pracovnice na základě toho směřovala Ivetu ke kontaktování PMS a pomohla ji podat odpor proti trestnímu příkazu. Jelikož Iveta do poslední chvíle pracovala a v TKK byla de facto na nemocenské (pobírala tedy částečnou výplatu), stále hrálo velkou roli rozhodnutí, zda se do práce vrátí a léčbu v TKK ukončí či nikoliv (nástup měla již v lednu 2011). Pokud by dala výpověď, musela by se přihlásit na příslušný ÚP a zažádat si tak o vyplácení dávek v nezaměstnanosti.

Během léčby byly v rámci jednotlivých léčebných kroků a fází společně s Ivetiným garantem a sociální pracovnicí postupně vypracovány: celkový plán léčby, měsíční souhrny, měsíční plány, finanční plány, plán třetí fáze, týdenní plány třetí fáze, žádosti o pobyt v Chráněném bydlení v DC Sananim, a příslušné kontrakty. Ivetin vztah s rodinou byl poměrně dobrý, stále ale Iveta nevěděla, zda se po ukončení léčby může vrátit zpět k matce či nikoliv. Adaptace syna na nové prostředí v TKK neprobíhala bez komplikací – do příchodu na TKK byl zvyklý jen na babičku a matku. Jelikož syn splňoval kritérium předškoláka, byl počátkem února zaevidován v MŠ Čimelice, kam mohl ve všední dny docházet a zvykat si tak přirozeně na další vrstevníky a nové podněty sociálního prostředí. Pro zlepšení vztahu matka-dítě a osvojení si příslušných rodičovských kompetencí se sociální pracovnice opírala o metodu VTI.

Druhá fáze: únor – květen 2011

Iveta ve spolupráci se sociální pracovníci pokračovala v řešení svých sociálních věcí: řešila opětné prosloužení neschopenky a pobírání nemocenské (v lednu si neschopenku prodloužila) a případní kontaktování ČSSZ (Česká správa sociálního zabezpečení), versus ukončení pracovního poměru (podat výpověď) a přihlášení se na ÚP v Praze. Stále zůstávalo v jednání její obvinění z pronevěry - v tomto směru zůstávala ve spojení s PMS, v dubnu měla obdržet rozhodnutí soudu v této záležitosti. Dále si v rámci pravidel léčby Iveta hledala místo pro vykonání měsíční brigády či pracovní činnosti povinné pro klientky ve třetí fázi. V dubnu podávala žádost a přihlášku o následný pobyt v Doléčovacím centru DC Sananim, po ukončení léčby v TKK.

B. Karthause

- fotografie zařízení
- celkový plán léčby
- týdenní program léčby

Karthause

**Entwöhnungstherapie
für drogenabhängige Alleinerziehende
und Eltern mit Kindern im
Bezirksklinikum Regensburg**



Suchtverlauf	Therapieverlauf	1.Familien-	Rückfallbearbeitung	Therapieverlauf	2. Familien-	konkrete
Lebenslauf	1. Therapievertrag	situation	Bilanzgespräch	Zukunftsperspektive	situation	
Zukunftsperspektive						
2. Therapievertrag						
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
nach 2 Wochen	nach 5 Wochen	nach 2 Monaten	nach 3 Monaten	nach 4 Monaten	nach 5 Monaten	nach 6 Monaten
Eingewöhnungszeit						
1. Woche nur Ausgang mit Personal, dann in 2er Gruppen in Kumpfmühl / Uni für 2Std. tägl.	In 2er Gruppen in Kumpfmühl / Uni Für 2 Std. tägl.	In 2er Gruppen in Kumpfmühl / Uni	Einzelausgang in Kumpfmühl / Uni	Ausgang in 2er Gruppen in die Stadt	Einzelausgang in die Stadt	
				Alle 2 Wochen ein TU	2 WEU mit 2-wöchigem Abstand	
Nachtausgang 2 x monatlich in 2er Gruppen						

Wochenplan der Station 27 (týdenní program léčby)

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
06:30							
7:30 – 7:45	Frühstück (im Anschluss Morgenbesprechung)						
9:00 - 10:00		Walken/	Sport		Walken		
10:00	Wochen- anfangs- gruppe	Koch- gruppe		Forum	Zimmerputz	Posten	
10:30			Sucht- bzw. Familienerf. Gruppe		Gespräch mit Kinder- therapeutin		
11:00							
11:30							
12:00	Mittagessen um 12:00 Uhr bis 12.15 Uhr						
13:00	13:00 bis 14:00 Mittagsruhe						
13:30							
14:00	Kurven Visite					Freizeit	

15:45				Frei für Ämtergänge, Arztbesuche	Besuchszeit 15:45- 17.45 Uhr	mit Kindern zusammen mit Personal	Besuchszeit 14.30-17.30 Uhr	
16:00		Entspannungs- gruppe						
16:30	Ergotherapie Für Kinder		Frei für Ämtergänge, Arztbesuche	Besuchszeit 15:45- 17.45 Uhr	mit Kindern zusammen mit Personal	Besuchszeit 14.30-17.30 Uhr		
17:00	Besuchszeit 17- 18 Uhr						Frei für Ämtergänge, Arztbesuche	Besuchszeit 15:45- 17.45 Uhr
17:45			Frei für Ämtergänge, Arztbesuche	Besuchszeit 15:45- 17.45 Uhr	mit Kindern zusammen mit Personal	Besuchszeit 14.30-17.30 Uhr		
18:00	Abendessen							
18:15	Freizeit (bei Ausgang Rückkehr bis spätestens 19.45 Uhr)							
23:00	Bettruhe						Bettruhe	
00:00					Bettruhe			

